Rok XL. Kraków, 26 Października 1901. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie pochodzenia substancyi skrobiowatej.

Przez

Prof. Browicza.

Znajomość skrobiawicy opisywanej dawniej jako zdrzewnienie, zesłoninowacenie, zwoskowienie przez badania i odkrycia H. Meckela a przedewszystkiem Virchowa zyskała na dokładności. Znamiona makroskopowe narządów i tkanek skrobiawicą zajętych zyskały w badaniach mikroskopowych, które wykazały, iż substancya skrobiowata jest bezbarwna, jednolita, szklista, silnie światło łamiąca, wyjaśnienie a odkrycie reakcyi mikrochemicznej tej substancyi, której nazwa pochodzi od Virchowa i przez pietyzm dla niego, jakkolwiek ta substancya ze skrobią roślinną nie ma nic wspólnego, dotąd jest używana, reakcyi z jodem i kwasem siarczanym, dozwoliła odróżnić ją od innych, podobne wejrzenie optyczne okazujących substancyi co do istoty swej dokładnie nam nieznanych, które obejmujemy nazwą zbiorową hialinu. Odkrycie prawie równoczesne Cornila, Heschla, Jürgensa, iż niektóre barwiki anilinowe odmiennie barwią substancyę skrobiowatą, aniżeli tkanki, wśród których ona się znajduje, ułatwiło oznaczenie najmniejszych śladów tej substancyi wśród tkanek zapomocą mikroskopu tem bardziej, iż reakcya z jodem i kwasem siarczanym nie zawsze się udaje, a nawet na jednym i tym samym materyale w różnych częściach tkanki różnie wypada.

Substancya skrobiowata pojawia się — jak wiadomo — wśród tkanek w postaci kul, brył różnej wielkości i kształtu, beleczek, pasm a gromadząc się w coraz większej ilości nadaje tkankom tak charakterystyczne własności, że już gołem okiem rozpoznać ją można.

Okoliczności, wśród których substancya skrobiowata w tkankach się pojawia, dokładnie nie znamy. W toku gruźlicy (z wrzodnieniem i rozpadem przebiegającej), kiły, długotrwałego ropienia, malaryi spotykamy się ze skrobiawicą najczęściej. Spotykano ją jednakże także w toku najróżnorodniejszych spraw chorobowych, dowód, iż warunków powstawania skrobiawicy dokładnie nie znamy.

Nierzadkie są jednakże przypadki, w których żadnej z wymienionych spraw chorobowych wykazać nie można, a skrobiawica nawet znacznego już makroskopowego stopnia istnieje. W pewnej części takich przypadków spotykamy zmiany anatomiczne jelita, szczególnie grubego, na co zwróciłem uwagę przed kilku laty, o czem wspomina Nowak (Ajtiologia skrobiawicy, Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie t. 31. i Virchowa archiwum t. 152), a co i Krawków (De la dégénérescence amyloide. Arch. de méd. exper. 1896) jako możliwą podstawę pewnych przypadków skrobiawicy uważa. Skrobiawica powstaje w tych przypadkach wskutek wchłaniania jakichś substancyj chemicznych w jelicie powstających.

We wszystkich tych różnorodnych sprawach chorobowych, w których spotykano skrobiawicę, musi istnieć wspólna podstawa, przyczyna powstawania, wytwarzania się substancyi skrobiowatej posiadającej we wszystkich tych różnorodnych przypadkach jednakie własności, jednaką lokalizacyę. We wszystkich tych najróżnorodniejszych sprawach chorobowych spotykamy po pewnym czasie ich trwania wspólne znamię, t. j. charłactwo, przewlekłą anemię, wadliwy skład krwi.

Tak samo, jak niedokładną jest nasza wiedza co do warunków, okoliczności, wśród których skrobiawica się pojawia, tak samo niedokładne są wiadomości nasze o chemicznym składzie i o pochodzeniu substancyi skrobiowatej.

Powszechne jest zdanie, iż substancya skrobiowata jest substancyą azotową, białkowatą. Szczegół, iż substancya, która w świeżym stanie, w świeżych tkankach charakterystycznie mikrochemicznie oddziaływa na jod i kwas siarczany jakoteż niektóre barwiki anilinowe, jak np. fiolet metylowy, po przechowaniu tkanki, substancyę skrobiowatą zawierającej, w alkoholu po pewnym czasie tej reakcyi może nie okazywać, a pozostała substancya wejrzenia szklistego barwi się np. eozyną lub kwasem pikrynowym, barwikami substancyi skrobiowatej charakterystycznie nie barwiącymi, wskazuje, iż alkohol wyciąga substancyę charakterystycznie oddziaływającą, a pozostaje druga niejako część składowa substancyi skrobiowatej jako masa szklista. Krawkow zdołał zapomocą wody o temperaturze wysokiej i pod ciśnieniem znacznem z substancyi skrobiowatej metodą Kühnego izolowanej wydobyć substancyę w wodzie, alkoholu i eterze łatwo rozpuszczalną, która charakterystycznie na jod oddziaływała. Krawkow powątpiewa nawet o przyrodzie białkowatej substancyi skrobiowatej. Przyczyna bardzo niedokładnej znajomości składu chemicznego substancyi skrobiowatej tkwi w tem, iż dotąd nie znamy metody pewnej, zapomocą której możnaby otrzymać z tkanek skrowiawicą zajętych czystą substancyę skrobiowatą.

Wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach przeprowadzonych (Birch-Hirschfeld, Bouchard, Charrin, Czerny, Krawków, Nowak, Petrone, Lubarsch i inni), jakkolwiek ważne, bo wykazały, iż skrobiawicę u zwierząt wywołać można wprowadzeniem mikrobów jakoteż ich produktów chemicznych, nie rzuciły światła na pochodzenie substancyi skrobiowatej.

Co do materyału, z którego tworzy się substancya skrobiowata, różnią się zapatrywania. Ziegler (Lehrbuch d. pathol. Anatomie 1898) powiada: „Substancya skrobio-

wata nie istnieje we krwi, jednakże materyał, z którego się tworzy, pochodzi z krwi. Zdaje się, iż osłabiona czynność żywotna tkanek wskutek ogólnego charłactwa ułatwia tworzenie się substancyi skrobiowatej. Można sobie przedstawić tok sprawy w ten sposób, iż wśród wymienionych stosunków jakaś substancya białkowata (białko surowicze) łączy się z substancyami tkankowemi w substancyę skrobiowatą, albo też wskutek upośledzonego odżywienia i stąd wynikającego zaburzenia w przemianie materyi z białka krążącego taka modyfikacya białka wydzielona zostaje". W ostatniem wydaniu (1901) przypuszcza Ziegler, że materyału, z którego substancya skrobiowata powstaje, dostarczają w części ciałka ropne rozpadające się, albo komórki tkanek w miejscu pierwotnego ogniska chorobowego.

Ribbert (Pathologische Histologie 1896) powiada: „Substancya skrobiowata okazuje w początku tworzenia się ścisły stosunek z układem naczyniowym, szczególnie z naczyniami włoskowatemi, bo gromadzi się na zewnętrznej ich powierzchni. Powstaje ona albo jako wytwór tkanek, albo też, co prawdopodobniejsze, z przeobrażenia się z krwi pochodzącej substancyi białkowatej, gdy substancya białkowata, z krwi pochodząca, przez tkanki nie może być zużyta, na miejscu pozostaje lub z wytworami komórek tkankowych się łączy".

Recklinghausen (Handbuch der allgemeinen Pathologie 1883) sądzi, że komórki tkanki łącznej, komórki limfoidalne i krwinki białe mogą być, jakkolwiek nie jedynymi, wytwórcami substancyi skrobiowatej. Na innem miejscu tego samego dzieła wypowiada Recklinghausen przypuszczenie, że komórki tkanek wydzielają substancyę szklistą, która pośrednio przez krew opłókiwana, jak grudki śluzu pęcznieje, zlewa się i tworzy bryły, belki, siatki, nawet błony i rurki. „Jeżeli kto chce sprawę tę uważać jako rodzaj krzepnienia i na równi stawiać z tworzeniem się włóknika, nie miałbym nic przeciwko temu z tem zastrzeżeniem, że pojmować się to będzie jako połączenie jakichś składowych części komórek tkanek z częściami krwi".

Friedreich twierdził, iż substancya skrobiowata powstaje z włóknika, co, zdaje się, i Jürgens przypuszcza, który znajdował w skrzeplinach na wsierdziu złogi substancyi skrobiowatej.

Mosso (Virchowa arch. 1887) podaje, iż w toku nekrobiozy krwinek czerwonych powstaje substancya do skrobiowatej podobna.

Obrzut (Origine des produits inflammatoires du rein i Nouvelles recherches histologiques sur la dégénérescence amyloide. Arch. de méd. experim. 1889 i 1900) wywodzi pochodzenie substancyi skrobiowatej z krwinek czerwonych. Na VI. zjeździe przyrodników i lekarzy polskich (1891) wypowiedział Obrzut to samo zapatrywanie.

Z tych kilku cytat wynika, iż materyału, z którego tworzy się substancya skrobiowata, upatrywano w białku surowiczem, krwinkach białych i czerwonych, włókniku, obok czego niektórzy autorowie przyjmują udział komórek tkankowych mających dostarczać przynajmniej jakiegoś składnika potrzebnego do wytworzenia się substancyi skrobiowatej. Komórki tkanki łącznej, komórki limfoidalne uważane były również za wytwórców substancyi skrobiowatej.

Jedno zdaje się być dzisiaj pewne, że substancya skrobiowata nie jest wytworem zwyrodnienia komórek, że komórki tkanek nie zamieniają się w bryłki substancyi skrobiowatej, że zmiana skrobiowata jest wynikiem nacieczenia tkanek substancyą skrobiowatą bez względu na to, czy substancya skrobiowata gromadzi się już jako taka, gotowa, wśród tkanek, czy też jakaś substancya ze krwi pochodząca wśród tkanek zamienia się w substancyę skrobiowatą pod wpływem komórek tkankowych.

Kwestya co do pochodzenia substancyi skrobiowatej nie jest zatem jeszcze rozstrzygnięta, różne co do tego istnieją zapatrywania.

W toku moich kilkoletnich badań wątroby w różnych stanach chorobowych spotkałem się z obrazami mikroskopowymi, które skłoniły mnie do badania, z czego tworzy się substancya skrobiowata.

W preparatach sporządzonych w sposób przezemnie stale używany (stwardnianie 2% formaliną, preparaty cięte z przymrożonych wprost z formaliny branych kawałeczków wątroby), barwionych hematoksyliną i eozyną, dostrzegłem następujących obrazów.

Ścianki naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych były oddzielone od brzegu pasm komórek wątrobnych albo wzdłuż całego ich przebiegu tak, iż w przekrojach podłużnych naczyń włoskowatych krwionośnych jakoteż w przekrojach poprzecznych nigdzie ścianka naczynia włoskowatego nie przylegała do brzegu pasm komórek wątrobnych, albo też ścianka naczynia włoskowatego krwionośnego tylko na pewnej przestrzeni oddzieloną była od komórek wątrobnych, tak, iż pomiędzy komórkami wątrobnemi a ścianką naczynia włoskowatego widoczna była ograniczona szczelina.

W przestrzeniach, szczelinach tych (zgodnie z Teichmannem twierdzę, iż nie istnieją przestwory limfatyczne okolonaczyniowe w zraziku wątroby) powstałych wskutek odklejenia się niejako ścianek naczyń włoskowatych krwionośnych od brzegu komórek wątrobnych, znajdowały się krwinki czerwone różnego kształtu i różnej barwliwości (polychromatofilia), bryłki szkliste słabo eozyną zabarwione, grudki, pokłady jednolitej szklistej substancyi przestrzenie, szczeliny te mniej lub więcej wypełniające, których powstawanie ze zlepiających, zlewających się krwinek czerwonych było bardzo wyraźne. W przestrzeniach, szczelinach tych, znajdowały się także gdzieniegdzie krwinki białe jakoteż pokłady włóknika, które na kształt płaszcza otaczały beleczki komórek wątrobnych jakoteż pojedyncze komórki wątrobne lub grupy tychże rozdzielone wskutek rozczłonkowania beleczek, pasm komórek wątrobnych. Te pokłady włóknika złożone były z wyraźnych nitek lub beleczek, tworzyły także zbitsze masy, powstałe ze zlewania się nitek lub beleczek. Wśród tych pokładów włóknika znajdowały się gdzieniegdzie grudki, bryłki szklistej substancyi różnej wielkości. Nadto dostrzegało się obok krwinek czerwonych, białych, włóknika, także ziarna różnej wielkości eozyną zabarwione.

W świetle naczyń włoskowatych znajdowały się takiegoż samego wejrzenia i tak samo zabarwione grudki i bryłki, które niekiedy szczelnie naczynia włoskowate krwionośne wypełniały [1]).

Obrazy takie w preparatach wykonanych z materyału

[1]) Co do obrazów mikroskopowych odsyłam czytelnika do tablic dołączonych do pracy mojej ogłoszonej w Rozprawach Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie t. 41 Ser. B.

przechowanego dłuższy czas w formalinie, w których mikrochemicznej reakcyi substancyi skrobiowatej uzyskać nie można było, zwróciły uwagę moją.

Obrazy te świadczą, iż już za życia oddzielić się może ścianka naczynia włoskowatego krwionośnego, która, jak to Kupffer i ja (O budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. t. 40) wykazaliśmy, złożona jest z jednej tylko warstwy komórek, od komórek wątrobnych, z któremi normalnie ścianka naczynia w ścisłym jest związku. Obrazy te świadczą dalej, iż pomiędzy ścianką naczynia włoskowatego krwionośnego a brzegiem beleczki komórek wątrobnych powstać może wylew krwi, o czem świadczą w przestrzeni tej pomiędzy oddzieloną ścianką naczynia włoskowatego a komórkami wątrobnemi nagromadzone składowe części krwi, krwinki czerwone, białe, włóknik, co po śmierci nastąpićby nie mogło.

Szkliste te (według wejrzenia optycznego) masy, nagromadzone w przestrzeni pomiędzy oddzieloną ścianką naczynia włoskowatego krwionośnego a brzegiem beleczek komórek wątrobnych powstały ze zlania się krwinek czerwonych zmienionych w swych własnościach fizycznych, a wnosząc z różnej ich barwliwości, także chemicznych. Że takie masy szkliste powstawać mogą ze zmienionych krwinek czerwonych, dowodzą tego obrazy, które spotyka się w przypadkach, w których na krew działały różne substancye chemiczne, co tak eksperymentalnie u zwierzęcia wywołać można jakoteż spotyka się w krwi ludzkiej w toku różnych spraw chorobowych, np. szkliste skrzepliny w naczyniach krwionośnych, przedewszystkiem w naczyniach włoskowatych.

Po zastosowaniu np. podskórnem toluilendiaminy niszczeje pewna ilość krwinek czerwonych, hemoglobina rozpuszcza się w osoczu krwi, o czem świadczą złogi barwika brunatno-czarnego, ziarniste, w świetle naczyń krwionośnych, jakoteż w komórkach ściennych naczyń i w komórkach wątrobnych, niemniej brunatne igiełkowate kryształy w cytoplazmie i w jądrach komórek wątrobnych, co widzieć można w preparatach wykonanych z tkanki w formalinie stwardnionej. Dalszym dowodem rozpuszczania się hemoglobiny są kryształy hemoglobiny, które w świetle naczyń krwionośnych spotkać można. Inna część krwinek czerwonych ulega pod wpływem toluilendiaminy, co dowodzi, iż w krwi normalnego organizmu istnieje różnica co do stanu optycznie jednakie wejrzenie przedstawiających krwinek, zmianie, stają się one lepkie, zlepiają się w kule i nieregularnego kształtu bryłki różnej wielkości (Browicz Patogeneza żółtaczki. Przegląd lekarski, 1900).

Takieżsame kule i szklistego wejrzenia bryły powstałe ze zlepienia się krwinek czerwonych spotykałem u psów po wstrzyknięciu do krwi roztworu hemoglobiny Mercka, substancyi pochodzącej ze zwierzęcia innego gatunku, która na krew a raczej krwinki czerwone psa szkodliwie działa (Browicz. Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej po wstrzyknięciu do krwi roztworu hemoglobiny. Biuletyn Akad. Umiej. w Krakowie. Listopad 1898 i O wpływie formaliny na hemoglobinę mogącą się w tkankach znajdować. Virchowa archiwum 1900).

Podobne obrazy spotkałem w wątrobie psa po przelaniu do żyły krwi odwłóknionej zwierzęcia innego gatunku. Spotykałem wtedy w naczyniach włoskowatych śródzrazikowych krwinki czerwone różnego kształtu i różnie barwiące się, bryły, skrzepliny szkliste, które powstały ze zlania się krwinek czerwonych, gromadki krwinek czerwonych i powstające z nich kule także fuksyną barwiące się w wakuolach w cytoplazmie komórek wątrobnych, nacieczenia ścian naczyń krwionośnych międzyzrazikowych krwinkami czerwonemi, zlewającemi się w grudki, bryłki.

Złogi szklistej, jednolitej masy pomiędzy oddzieloną ścianką naczyń włoskowatych krwionośnych a brzegiem beleczek komórek wątrobnych, jakkolwiek je spotykałem w preparatach z materyału w formalinie przez czas dłuższy przechowanego, w którym mikrochemicznej reakcyi substancyi skrobiowatej uzyskać nie można było, uważać mogę i muszę za złogi substancyi skrobiowatej, nie znamy bowiem dotąd innego stanu chorobowego w wątrobie, aniżeli skrobiawicę, w którymby pomiędzy ścianką naczyń włoskowatych krwionośnych a brzegiem komórek wątrobnych gromadziły się masy szkliste.

Obrazy te powyżej opisane skłoniły mnie do dalszych badań. Wybierałem z materyału obfitego, jakim rozporządza krakowski instytut anatomii patologicznej, przypadki rozpadowej formy gruźlicy ze staremi jamami w płucach, które to jamy można uważać za ropnie chroniczne, przypadki, w których makroskopowo ani śladu skrobiawicy w wątrobie nie było i w których nawet mikroskop wykazywał nieliczne, rozrzucone drobne ogniska substancyi skrobiowatej, a więc materyał, w którym śledzić można było początki zmiany skrobiowatej w wątrobie, która z powodu przejrzystości swej budowy do badania pod tym względem szczególnie się nadaje. W każdym przypadku badane były mikrochemicznie (jodem, jodem i kwasem siarczanym, jakoteż fioletem metylowym z dyferencyacyą kwasem octowym), preparaty tak ze świeżego, jakoteż parę dni w 2% formalinie stwardnionego materyału. Ostatnie przechowuję w octanie potasowym, w którym różnice charakterystyczne barw utrzymują się jeszcze teraz po blisko dziesięciu miesiącach.

W materyale badanym znajdowały się przypadki, w których złogi substancyi skrobiowatej znajdowały się tylko wśród zrazików wątroby, jakoteż takie, gdzie tylko międzyzrazikowe naczynia krwionośne substancyą skrobiowatą były naciekłe.

W skrawkach (niebarwionych) traktowanych jodem spotykałem wśród naczyń włoskowatych krwionośnych i w żyłach międzyzrazikowych krwinki czerwone, które przybierały barwę ciemnobrunatną, wyróżniającą je od krwinek normalnej barwy. Pod wpływem rozcieńczonego kwasu siarczanego barwa ta jednak zazwyczaj znikała. Po zabarwieniu fioletem metylowym ukazywały niektóre, wielkością i kształtem od normalną barwę okazujących krwinek nieróżniące się ciałka barwę wybitnie czerwoną, jaką substancya skrobiowata okazuje. Ciałka te wnosząc z ich wielkości i kształtu uważać muszę jako zmienione krwinki czerwone. Reszta krwinek była albo barwy normalnej, albo też szarawo-niebieskawej, a nawet niebieskiej. Wszystkie te różnie zabarwione krwinki spotykałem w jednem i temsamem naczyniu krwionośnem obok siebie leżące. W preparatach tylko fioletem metylowym barwionych prócz pojedynczych normalną barwę okazujących krwinek czerwonych, jakoteż różną barwliwość okazujących znajdowały się zlepy czerwono zabarwionych, a więc reakcyę substancyi skrobiowatej

wykażujących krwinek, kóre przylegały do wewnętrznej powierzchni ścian naczyń krwionośnych. Podobne obrazy opisuje Obrzut w swej pracy z roku 1900.

„Chcąc oceniać należycie stosunki chorobowe, należy zawsze o tem pamiętać, że już w krwi normalnej nie wszystkie krwinki czerwone są sobie równe. Ciągle a ciągle fizyologicznie część krwinek czerwonych zużywa się, a nowe młode na ich miejsce wstępują. Każda kropla krwi zawiera więc gotowe, wykształcone krwinki czerwone różnego wieku, jedne obok drugich. Łatwo więc pojąć, że wskutek tego wpływy szkodliwe na krew działające — jeżeli tylko stopień szkodliwości nie jest bardzo znaczny, pewnej miary nie przekracza. — nie mogą na wszystkie krwinki czerwone w równym stopniu działać. Te krwinki, które są mniej odporne, t. j. najstarsze ulegną wpływowi szkodliwemu, a nawet niszczeją, gdy odporniejsze utrzymują się w stanie normalnym“ słusznie powiadają Ehrlich i Lazarus (Nothnagla Specielle Pathologie t. I, 1-sza część, str. 32). Taka niejako nekrobioza krwinek czerwonych połączoną być musi ze zmianą krwinek chemiczną.

Wśród odpowiednich okoliczności i pod wpływem pewnych substancyi można myśleć o przemianie krwinek w substancyę skrobiowatą. Na zmianie chemicznej krwinek czerwonych polega przecież zjawisko polichromatofilii, z którem spotykamy się w pewnych stanach chorobowych. (Dok. nastąpi).

II. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Rozprawka niniejsza zawiera odpowiedź na zarzuty, jakie spotkały mój przyrząd po okazaniu go na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego. Powierzchownie rzecz biorąc, mógłby ją czytelnik uważać za rodzaj polemiki: z góry się jednak zastrzegam przeciw takiemu pojmowaniu moich chęci i zamiarów. Chodzi mi tu wyłącznie o prawdę naukową. Uznając w badaniu naukowem tylko fakta i logiczne rozumowanie, poparte ile możności doświadczeniem, w dyskusyi naukowej dążę sam do ścisłej bezstronności i przedmiotowości i żądam tego samego od innych. W ocenie zatem mego wynalazku postępować będę w myśl tych zasad moich, t. j. tak, jakgdybym nie ja, lecz ktoś inny był jego twórcą, zatem: bezstronnie i sprawiedliwie. Niczego więcej też nie żądam od czytelnika niniejszej rozprawki.

I. Przewodnia myśl i cel mojego wynalazku. Przewodnią myślą i celem mojego wynalazku jest umożliwienie wykonania wszelkiej operacyi (położniczej czy chirurgicznej) z idealną aseptyką, wszędzie, nawet w najuboższym domu na prowincyi, o każdej porze, a więc i w przypadkach nagłych chirurgicznych i położniczych.

Chcąc wykonać operacyę z zachowaniem ścisłej aseptyki, należy spełnić 2 następujące warunki: 1) przystępując do operacyi, musimy mieć dokładnie wyjałowione wszelkie przedmioty, mające zetkąć się z raną, a więc: *a)* narzędzia, *b)* opatrunki, *c)* ręce operatora i asystentów, *d)* pole operacyjne, *e)* płyny, mające służyć do irygacyi rany. 2) Musimy uważać, aby aseptyczność owych, stykających się z raną przedmiotów, nie ucierpiała przez cały przeciąg operacyi aż do ostatecznego jej zakończenia przez zetknięcie się z nieczystem otoczeniem, do którego zaliczamy i zakażone powietrze.

Przyrząd mój ma na celu praktycznie rozwiązać ten problemat: czyni on zadość warunkowi pierwszemu przez to, że jest równocześnie sterylizatorem dla *a)* narzędzi, *b)* dla opatrunków, które odkaża w parze nasyconej szybko, pewnie i sucho; *c)* jest sterylizatorem dla płynu, którego, dzięki konstrukcyi kurka, wyjaławiającego się w czasie sterylizacyi możemy użyć dla: 1) obmywania rąk naszych, 2) pola operacyjnego i 3) irygacyi rany. Warunek drugi został uwzględniony w konstrukcyi przyrządu w ten sposób, że została ograniczoną do *minimum* możliwość zakażenia przez zetknięcie się z nieczystem otoczeniem wyjałowionych narzędzi, opatrunków, oraz płynu, a przez dodanie długiej rączki do klucza kurka umożliwiono odmykanie i zamykanie kurka przy myciu rąk i irygacyi rany łokciem, a nie wyjałowioną już ręką operatora; wreszcie przez dodanie do obu sit pokryw, także przez powietrze.

Uniknięcie zakażenia narzędzi, pola operacyjnego i rąk operatora w czasie operacyi przez przypadkowe dotknięcie nieczystych przedmiotów, zależy tylko od aseptycznego wyszkolenia się samego operatora i jego uwagi. Kto nie umie aseptycznie operować, temu oczywiście i mój przyrząd nie pomoże.

Opisu mojego przyrządu nie będę tu powtarzać, a czytelnika odsyłam do Nru 20 *Przeglądu lekarskiego*, z dnia 18 maja 1901, str. 278.

II. Zarzuty uczynione memu przyrządowi. Zarzuty, wypowiedziane w czasie rozprawy, przeprowadzonej w Tow. lek. lwowskiem, oraz w prywatnych rozmowach, które prowadziłem z kolegami, dadzą się zebrać w 3 grupy, które po kolei zamierzyłem roztrząsnąć:

I. Pierwszy z nich brzmi: „jest rzeczą b. wątpliwą, czy 15 minut, jak chce wynalazca, a nawet 20 minut wyjaławiania w przyrządzie jego pomysłu wystarczy do zupełnego wyjałowienia w parze opatrunków, zakażanych zarodnikami bakteryj, n. p. wąglika, oraz — do tak pewnego wyjałowienia płynu, w którym się wygotowały narzędzia, żeby go można z całym spokojem użyć, jako płynu aseptycznego do mycia rąk, pola operacyjnego i irygacyi rany“.

Chcąc dać ściśle naukową odpowiedź na ten zarzut, przeprowadziłem w uniwersyteckim Zakładzie dla higieny, wraz z Drem Pankiem, 1-ym asystentem zakładu, cały szereg doświadczeń bakteryologicznych nad siłą wyjaławiającą mojego przyrządu. — Ponieważ dawniejsza antyseptyka, a dzisiejsza aseptyka operacyjna dąży do tego celu, aby uniemożliwić występowanie chorób przyrannych po operacyach, więc należało wybrać do doświadczeń drobnoustroje, należące do grupy, wywołującej zakażenia przyranne. Dzięki badaniom ostatnich lat nauka o chorobach przyrannych należy do względnie najlepiej opracowanych w medycynie. Obecnie potrafimy je nie tylko dokładnie rozgatunkować klinicznie, ale w znacznym odsetku przypadków jesteśmy w stanie dzięki metodom badania bakteryologicznego wykazać bezpośredniego sprawcę choroby przyrannej, t. j. jej swoisty drobnoustrój. Badanie więc siły wyjaławiającej jakiegokolwiek przyrządu dla aseptyki operacyjnej jest obecnie b. ułatwione, gdyż nie potrzeba do doświadczeń używać przedmiotów, zawalanych produktami patologicznymi choroby

przyrannej o nieznanej zawartości mikrobów, ale wystarczy rozejrzeć się w znanym szeregu drobnoustrojów i z tych wybrać do doświadczeń najoporniejsze. Wiedząc z góry, z czem w danej hodowli mamy do czynienia, możemy zupełnie ściśle przeprowadzić kontrolę dokładności wyjałowienia.

Opierając się na odpowiednich pewnikach z piśmiennictwa doszliśmy z Drem Pankiem do przekonania, że najracyonalniej będzie przedsięwziąść próby z zarodnikami wąglika, największą bowiem część prób sterylizacyjnych z innymi systemami sterylizatorów przeprowadzono z zarodnikami wąglika, można więc wyniki nasze z owymi porównywać; nadto laseczniki te rosną łatwo i szybko, a badanie ich jest b. ułatwione. Co się tyczy odporności zarodników wąglika na zabójcze działanie gotującej się wody, lub 1% ługu sodowego, lub wreszcie pary wodnej o ciepłocie 100° C., to znajdują się niewątpliwie w przyrodzie odporniejsze drobnoustroje, jak n. p. znajdujące się w mleku; ale ze znanych drobnoustrojów chorobotwórczych te są najodporniejsze. W sprawie odporności zarodników wąglika na działanie pary wodnej o ciepł 100° C. znachodzimy u różnych badaczy różne wyniki: o ile jedni podają czas 5 minut, wystarczający na ich zabicie, to inni podnoszą go do minut 20-tu. Dr. Esmarch tłómaczy tę niezgodność wyników w ten sposób, iż wytrzymałość zarodników wąglika na działanie pary wodnej o c 100° C. jest rozmaitą, a zależy ona od bliżej nieokreślonych warunków, w jakich badana hodowla wyrosła. Również od warunków hodowli zależą i inne własności wąglika, jak stopień jadowitości, rozmaita intenzywność barwienia się w preparatach i t. d. Chcąc zatem uzyskać wyniki o ile możności pewne, należy brać do doświadczeń mięszaninę hodowli zarodnikowych różnego pochodzenia, o ile bowiem zarodniki w jednej hodowli byłyby mniej oporne, to w innych mogą być jeszcze oporniejsze.

Dlatego też do badań naszych użył Dr. Panek mięszaniny zarodników wąglika z własnych hodowli zakładowych, oraz z hodowli, pożyczonych mu z zakładu anatomii patologicznej, pochodzących z zwłok kobiety, zmarłej niedawno na zakażenie wąglikowe. Przy mikroskopowem badaniu tej mięszaniny zarodników można było stwierdzić rozmaitą intenzywność barwienia się poszczególnych pni.

Jako materyału, mającego się zakazić, a następnie w przyrządzie moim odkazić, użyto: 1) narzędzi, dających się najtrudniej oczyścić mechanicznie, a mianowicie: brudnych szczypczyków (pincet) zaciskowych z końcami rowkowanymi, kleszczyków również z końcami rowkowanymi i śrubek żelaznych. 2) Płytek bulionowych z wysianymi zarodnikami wąglika. 3) Jąder z gazy wyjałowionej, które po zamoczeniu w hodowli, zawierającej mięszaninę zarodników wąglika, obwinięto w grubą warstwę waty, otoczono z wierzchu gazą wyjałowioną i luźnie przewiązano na 4 części nitką, tworząc w ten sposób tampony z jądrem zakażonem, o rozmiarach znacznie większych, niż używane w ginekologii.

Szczypczyki (pincety) z końcami, namoczonymi w mięszaninie zarodników, pozaciskano i wraz z kleszczykami i zakażonemi śrubkami poukładano na cienkich warstewkach waty w sicie dolnem, napełnionem 1% ługiem sodowym, lub w innych doświadczeniach wodą; płytki z bulionem zakażonym, oraz tampony z jądrem zakażonem w sicie górnem, przeznaczonem dla przedmiotów, mających się wyjałowić w parze wodnej.

W pierwszem doświadczeniu, wykonywanem z 1% ługiem sodowym, wyjałowienie trwało 15 minut, licząc od chwili doprowadzenia 1% ługu do wrzenia, aż do chwili zgaszenia lampy pod przyrządem. Po zdjęciu pokrywy włożono wyżarzonymi szczypczykami zakażone jądra tamponów, w części do bulionów, w części zaś do probówek z agarem; szczypczyki zwolniono z zaciśnięcia i wraz ze śrubkami i kleszczykami powkładano do probówek z bulionem. Poczem płytki, buliony i agary z wyjałowionymi przedmiotami włożono do cieplarki (termostatu), gdzie w ciepłocie 37° C przebywały 2 doby. Badanie makroskopowe i mikroskopowe pożywek, uskutecznione po 2 dobach, dało wynik następujący: W jednym bulionie z otwartemi szczypczykami wyhodował się wąglik; na jednej z 4 płytek z bulionem, otwartej przezemnie nieostrożnie dzień przedtem w celu zajrzenia do wnętrza, wyhodowały się pleśnie i jakieś bliżej nieokreślone koki. Zresztą wszystkie inne płytki, buliony i agary, okazały się zupełnie jałowymi Wynik ten był dla nas niespodzianką, boć przecież uchodzi za pewnik, że 1% wrzący ług sodowy zabija znacznie prędzej wszelkie drobnoustroje i ich zarodniki, niż w 15-tu minutach. Wytłómaczenie jednak tej zagadki było łatwe: Chcąc stworzyć dla wyjałowienia narzędzi możliwie najgorsze warunki, rozmyślnie pozaciskaliśmy szczypczyki, po zakażeniu ich końców mięszaniną zarodników, po ukończeniu zaś wyjałowienia rozmyślnie rozwarliśmy je i rozwarte włożyliśmy do bulionu, aby ułatwić dostęp pożywce do wszystkich zaułków szczypczyków. Z 3 przypadków jedne okazały się mimo wyjaławiania zakażonemi. Czegóż to dowodzi? Iż zaciśnięcie końców było w I-szym przypadku tak hermetyczne, iż do zarodników wąglika, zaciśniętych między karbami i rowkami, nie miał dostępu 1% wrzący ług sodowy; na te więc zarodniki działała tylko sucha ciepłota wrzącego 1% ługu sodowego przez 15 minut, co dla zabicia ich nie było wystarczającem. W każdym razie fakt ten świadczy o niepospolitej odporności zarodników wąglika na wysokie, ale suche ciepłoty. Mimo 48-godzinnego trwania hodowli, nitki wąglika nie okazywały nigdzie pod mikroskopem zarodników, z czego wnosić należy, iż wysoka ciepłota zniosła zdolność ich do zarodnikowania. Fakt, że krótkotrwałe nieostrożne otwarcie płytki z wyjałowionym bulionem, wystarczyło do zasiania się nań z powietrza pleśni, oraz jakichś, być może chorobotwórczych koków, świadczy, iż nie można lekceważyć przy konstrukcyi sił przyrządu, zakażenia przez powietrze.

Wobec stwierdzenia bakteryologicznego, iż 15-minutowe wyjałowienie w parze opatrunków zupełnie jest wystarczające, postanowiliśmy dalsze doświadczenia przeprowadzić *in minus,* t. zn. zmniejszyć czas wyjaławiania do 10 minut. Ponieważ zaś często zdarzyć się może, iż lekarzowi braknie do wyjaławiania sody, postanowiliśmy zbadać, o ile można polegać na wyjaławianiu narzędzi w czystej tylko wodzie, przez minut 10 i 15. Wreszcie, chcąc w tych doświadczeniach stworzyć warunki podobne, jak je spotykamy w praktyce, zakaziliśmy pewną część narzędzi, oraz kika jąder gazy w tamponach, zapomocą krwi myszy, padłej 18 godzin przedtem na wąglik.

Wykonaliśmy jeszcze 3 doświadczenia tym samym sposobem, jak pierwsze, w następującym porządku: wyżej wymienione przedmioty wyjaławialiśmy minut 9 (nie 10, jak zamierzyliśmy, z powodu przedwczesnego wypalenia się w lam-

pie spirytusu), 1) nalawszy do przyrządu czystej wody z wodociągu; 2) 15 minut w wodzie czystej i 3) 10 minut w 1% sodzie.

Wynik badania mikroskopowego i makroskopowego używek po 48 godzinach przebywania ich w cieplarce okazał się w zupełności korzystnym, bo tak narzędzia, jak i opatrunki, okazały się bez wyjątku zupełnie jałowymi.

Dalszych doświadczeń *in minus* nie przeprowadziliśmy, bo chodziło mi wyłącznie o cel praktyczny, t. j. o stwierdzenie wyjaławiającej sprawności mojego przyrządu, a doświadczenia przytoczone w wysokim stopniu zabierają czas, którego nie wiele mam do rozporządzenia. Dlatego, gdyby kto chciał powtórzyć i uzupełnić te doświadczenia, najchętniej służę mu moim przyrządem, do tego celu przeznaczonym.

Z doświadczeń opisanych dadzą się wysnuć następujące wnioski: 1) nie należy na ślepo ufać sile wyjaławiającej wrzącego 1% ługu sodowego, stosowanej nawet przez minut 15 na narzędzia, ale narzędzia te przed wyjałowieniem należy koniecznie porozkładać, oczyściwszy je przedtem mechanicznie, szczególnie jeżeli wyjaławiamy narzędzia zaciskowe. 2) Nie należy wahać się z wyjałowieniem narzędzi we wrzącym 1% ługu lub wodzie dłużej niż 5 minut, z obawy przed zniszczeniem narzędzi, zważywszy punkt I-szy. 3) Ponieważ 9-minutowe wyjaławianie w czystej wodzie narzędzi, zakażonych mięszaniną zarodników wąglika, oraz opatrunków podobnie zakażonych, w parze zupełnie wystarczyło do ich odkażenia, więc 10-minutowe trwanie wyjałowienia zupełnie wystarcza do celów praktyki operacyjnej, oczywiście, jeżeli z narzędziami postąpimy sobie tak, jak wyżej wspomniałem. 4) Chcąc być pewnym aseptyki, musimy uwzględnić i możliwość zakażenia wyjałowionych przedmiotów przez powietrze w czasie niekiedy bardzo długiego trwania operacyi; w tym celu do obu sit muszą być dodane pokrywy. 5) Ponieważ narzędzia po wyjałowieniu wkładaliśmy do pożywek mokre, a buliony po 48 godzinnem przebywaniu w cieplarce (termostacie) okazały się jałowemi, więc mamy dowód oczywisty, że woda, a względnie 1% ług sodowy, po wyjałowieniu były zupełnie jałowe.

II. Zarzut drugi brzmi jak następuje: nowy przyrząd, odpowiedni dla lekarza praktycznego, wykonującego operacye w domu prywatnym, jest bez wartości dla klinik i szpitali, albowiem jest on przyrządem skombinowanym, jak n. p. scyzoryk. Przyrządy zaś złożone, mające na celu umożliwienie wykonania kilku oddzielnych czynności równocześnie, nie mogą być lepszymi od przyrządów poszczególnych, służących do jednego tylko celu. Wynika z tego, iż przyrząd mój, będący równocześnie sterylizatorem w sodzie dla narzędzi, sterylizatorem parowym dla opatrunków, umywalnią aseptyczną i irygatorem aseptycznym, nie może wcale co do dobroci współubiegać się z poszczególnymi przyrządami klinicznymi dla aseptyki, t. zn. sterylizatorami dla narzędzi, opatrunków i z klinicznymi irygatorami, oraz umywalniami.

Z powyższego zaś wynika logicznie wniosek, że usiłowanie stworzenia takiego przyrządu do aseptyki, któryby umożebnił wykonać operacyę w domu prywatnym z tak ścisłą aseptyką, z jaką wykonuje się ją w dobrze urządzonej klinice, jest mrzonką, niemożliwą do spełnienia.

Chcąc wykazać wartość tego drugiego zarzutu, muszę się zastanowić nad tem, czy przyrząd mój, użyty jako sterylizator w sodzie dla narzędzi, ustępuje co do dobroci dotychczas używanym sterylizatorom klinicznym dla narzędzi, oraz, czy jako sterylizator w parze dla opatrunków ustępuje co do dobroci sterylizatorom parowym klinicznym dla opatrunków, dalej czy przyrząd mój, użyty jako umywalnia aseptyczna, lub jako irygator aseptyczny, ustępuje co do dobroci umywalniom klinicznym i irygatorom. Jeżeli mi się uda udowodnić, że przyrząd mój każdą z tych czterech czynności wyjaławiających może równie dobrze załatwić, albo nawet lepiej, niż przyrządy kliniczne, to fakt, iż przyrząd mój może równocześnie pełnić te 4 czynności, jest znakomitą jego zaletą, a nie wadą, a zatem i możliwość wykonania przy jego pomocy operacyj ze ścisłą aseptyką nie należy do mrzonek, lecz jest faktem. (c. d. n.).

III. **Oceny i sprawozdania.**

O Sanatoryach. Opracował Dr. K. Dłuski. (Warszawa 1901).

Autor, poświęcający się fizyoterapii, złożył w tej pracy swoje spostrzeżenia i uwagi krytyczne, jakie mu się nasunęły, bądź przy zwiedzaniu, bądź podczas praktykowania w sanatoryach dla chorób płucnych rozmaitych krajów. Na wstępie pracy czytamy o potrzebie zakładania sanatoryów, a między argumentami podnieść należy także i ten, że pobyt w sanatoryum jest dla chorego drogowskazem, jak ma się przez całe życie zachować pod względem higienicznym; również i ta okoliczność zasługuje na uwzględnienie, że pedantyczna czystość w sanatoryach najlepiej chroni chorych gruźliczych od wtórorzędnego zakażenia płuc, które raz rozpocząwszy się, stanowi początek końca choroby. Czytamy w dalszym ustępie o warunkach budowy sanatoryów. Autor przemawia za klimatem górskim, opierając się między innymi na tem, że statystyka wykazała liczbę uzdrowień suchot płucnych w tym klimacie korzystniejszą, niż w innym. W dalszym ciągu znajdujemy opisany sposób wewnętrznego urządzenia sanatoryów i koszta jego. Do tego interesującego ustępu dodany jest opis obowiązków lekarza zakładowego i sposoby leczenia, z których najważniejszy polega na leżeniu w wolnem powietrzu na werandach w tym celu urządzonych, czyli „werandowaniu“. Szkoda, że autor, mówiąc o tym środku leczniczym, nie uczynił uwag krytycznych, że leżenie na wolnem powietrzu jest wprawdzie dzielnym środkiem leczniczym, lecz w jego zastosowaniu należy indywidualizować i nie nadużywać dla utrzymania karności i porządku w zakładach. Chorzy w początkowym okresie zajęcia szczytów, jeżeli są zażywni, doznają przez długie leżenie nerwowego niepokoju, zwłaszcza serca; stają się neurastenikami, a w niektórych przypadkach otyłymi ze skazą moczanową. Dla nich korzystniejszy jest mierny ruch na świeżem powietrzu, a leżenie należy zalecać, jako wypoczynek po nim. Chore małokrwiste lub blednicze nie znoszą wcale leżenia w zimowem zwłaszcza wysokogórskiem powietrzu, doznają wogóle uczucia ziębnięcia i dreszczy, a stan chorobowy się nie poprawia. U chorych gorączkujących z usposobieniem eretycznem leżenie na zimnem powietrzu podnieca stan gorączkowy. Wielu zaś suchotnikom, skłonnym do nieżytu krtani i oskrzeli, „werandowanie“ w zimie, bez uwzględnienia stopnia ciepłoty, a zwłaszcza wilgotności powietrza, sprawia ciągłe nawroty nieżytu krtaniowo-oskrzelowego, co na stan chorobowy gruźliczego miąższu płucnego niekorzystnie działa. Dla wszystkich powyższych kategoryj suchotników największą korzyść przynosi leżenie w klimacie wysokogórskim, lecz nie w zimie, ale w miesiącach letnich. Na zimę należałoby dla nich budować sanatorya w górach lub puszczach afrykańskich. W ogólności można powiedzieć, że tylko $^3/_4$ suchotników znosi leżenie na wolnem powietrzu w zimie.

W ostatnich ustępach tej pracy wyliczone są istniejące obecnie sanatorya i wyniki leczenia w nich. W końcu zachęca autor do zakładania sanatoryów ludowych. Kwestya w niniejszej publikacyi rzeczowo poruszona, jest aktualną i zbyt ważną, aby nie zwróciła na siebie uwagi każdego praktycznego lekarza i inteligentnej publiczności. *J.*

IV. Wyciągi.

Dr. H. Hellendall. **O chirurgicznem znaczeniu trzeszczki, znajdującej się w bocznem ścięgnie górnego mięśnia brzuchatego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 37, r. 1901). Przy badaniu zapomocą promieni Röntgena stawu kolanowego, którego rzepka była złamaną, otrzymał autor cień wielkości bobu poza bocznym kłykciem kości udowej, który niewątpliwie pochodził od ciała kostnego, a takiem mógł być: odłamek kości, wolne ciało w stawie, lub trzeszczka. Przyjęto tę ostatnią, zwłaszcza, że prześwietlanie zdrowego kolana wykazało w zupełnie temsamem miejscu takiesame ciało. Podobne obrazy, — posługując się röntgenoskopią do rozpoznawania ciał w stawach, — otrzymał Martens i Wildt. Z obszernej o tym przedmiocie monografii Grubera wiemy, że trzeszczka pojawia się u człowieka tylko w zewnętrznem ścięgnie górnego przyczepu mięśnia brzuchatego, że powstaje z chrząstki szklistej przez jej skostnienie. Występuje ona bez względu na wiek i zatrudnienie osobnika, a znajduje się poza kłykciem zewnętrznym kości udowej, pokrytym chrząstką w tworach włóknistych. Można ją wyczuć w głębi rowka podkolanowego, lub tworzy tu widzialną wyniosłość. Nierozpoznanie trzeszczki może być powodem fałszywego przypuszczenia ciała obcego w stawie kolanowym. Posługując się promieniami Röntgena w rozpoznawaniu myszki stawowej, należy zdjąć obraz z obu kolan i porównać z sobą. *Dr. Ozga.*

Bruns (Heidelberg). **Przypadek późnego udaru mózgowego po urazie.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 37, 1901). Mężczyzna w sile wieku i zupełnie zresztą zdrowy został wśród pracy uderzony w głowę. Czy owo uderzenie było silne, czy też nie, oznaczyć nie można; — dość na tem, że wkrótce poszło w zapomnienie i to tembardziej, ponieważ zewnętrznie nie było ani śladów zranienia, a z objawów następowych nic, oprócz lekkiego bólu głowy, nie wystąpiło. W cztery dni później — człowiek ten miał właśnie udać się do pracy, — kilka razy dość silnie kichnął z powodu błahej jakiejś przyczyny i bezpośrednio potem wystąpiły nagle nudności, gwałtowne wymioty, zawrót głowy, utrata przytomności i głęboka śpiączka. Oczy miał w „słup“, źrenice *ad maximum* zwężone, — sztywności jednak w karku brak, a cały ten ciężki stan chorobowy sprowadził w dniu następnym zejście śmiertelne. Prócz innych, w grę niewchodzących zmian, nekroskopia stwierdziła zupełny brak obrażenia ścian czaszki, części jej miękich lub jakichkolwiek sińców albo podbiegnięć krwawych, — natomiast wykazała, że prawa boczna komora mózgowa jest znacznie rozszerzona i wypełniona skrzepem krwi wielkości jaja kurzego; następnie tak ciałko prążkowane, jak i wzgórek wzrokowy zupełnie zmiażdżone. Po starannem wypłókaniu skrzepu widać mostkowato przebiegającą w poprzek przez zagłębienie małą tętniczkę, a otaczającą istotę mózgową całkowicie zniszczoną. Podczas gdy dalszy przebieg tej nitkowatej tętniczki był prawidłowy, — okazywała ona w miejscu ogołoconem z istoty mózgowej drobne wrzecionowate zgrubienie (2 mm.), a więc tętniak o naddartej ścianie, wypełniony skrzepłą krwią. Że więc w tym przypadku krwotok wewnątrzmózgowy stał się przyczyną śmierci, nie ulega chyba najmniejszej wątpliwości; — daleko jednak trudniej określić przyczynę krwotoku. Na szczęście sprawę wyjaśniają dokładne wywiady, tem ważniejsze, że szło tu o zastosowanie ustawy o ubezpieczeniu od wypadków i o odpowiednią rentę dla wdowy. Autor więc tłómaczy cały tok w następujący sposób: cios, wymierzony na czaszkę, pociąga za sobą w najbliższej okolicy mózgu lub też, co się częściej zdarza, po przeciwległej jego stronie, skutkiem t. zw. *contre-coup,* zgniecenie, czyli rozmiękczenie istoty mózgowej prowadzące do jej obumarcia. Następstwem tego rozmiękczenia jest zmniejszony nacisk tej okolicy mózgu na przebiegające tu naczynia, przez co parcie w naczyniach krwionośnych, czyli parcie krwi, powiększa się, — (bo nie natrafia na przeciwparcie), naczynia więc się rozciągają, a ich ściany cieńczeją. Teraz więc wystarcza słaby uraz, by sprowadzić pęknięcie naczyńka; — słabym tym urazem było, w opisanym przypadku, kilkakrotne silne kichanie. Przypuszczenie zaś, jakoby tutaj ściana naczyńka była już nadwerężona skutkiem ogólnej miażdżycy, jest wykluczone, ponieważ nie znaleziono żadnych innych oznak zwapnienia tętnic, bądź w mózgu, bądź w dalszych okolicach ustroju; — tosamo, z małą zmianą, odnosi się do istniejącego drobnego tętniaka: trudno bowiem przypuścić, by ten tętniak mógł się w sposób ostry wytworzyć. *Dr. Henryk Pisek.*

Sonnenburg (Berlin). **Zapalenie wyrostka robaczkowego i jego łączność z urazem ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 38). Treść da się ująć w następujące uwagi: Związek zapalenia wyrostka robaczkowego z urazem można przyjąć wówczas za uzasadniony, jeśli cierpienie już poprzednio istniało, a jedynie skutkiem urazu przybrało znamię ostrego przebiegu. Dlatego ważną jest rzeczą stwierdzić, czy dawniej, przed urazem, wystąpił bodaj raz jeden napad o charakterystycznej bolesności itd.; jeśli to miało miejsce, wtedy pojąć już łatwo, że skutkiem lekkiego nawet uderzenia, albo nadmiernego wysiłku tłoczni brzusznej, dawne ognisko zapalne na nowo wybucha, — obojętnie zresztą w jakiej postaci, czy jako pękanie owrzodzeń, przerwanie zrostów, ziepów itd. W żadnym atoli takim przypadku nie można przyjąć, że uraz stał się bezpośrednią przyczyną cierpienia; — uraz bowiem, jako taki, nigdy nie zdoła pociągnąć za sobą takich następstw, jeśli okolica uderzenia nie jest schorzała. Ogólnie rzecz wziąwszy można powiedzieć, że właśnie niestosunek, zachodzący między urazem a ciężkością stanu chorobowego, jest wprost znamiennem piętnem; — uniesienie bowiem ciężaru, nagłe schylenie się, lekkie uderzenie w okolicę prawego talerza biodrowego, upadnięcie na wznak przy równoczesnem gwałtownem napięciu mięśni brzusznych, mogą wywołać ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, atoli przypadki, podpadające pod orzeczenie sądowo-lekarskie, są po większej części tego rodzaju, które po takiem zapaleniu zakończyły się śmiercią. Otóż w tych wszystkich przypadkach uraz ma o tyle etyologiczne znaczenie, że skutkiem niego poprzednio istniejąca choroba się pogorszyła, lub pociągnęła za sobą śmierć osobnika; — ale nigdy, że uraz był bezpośrednim powodem niepomyślnego zejścia; gdyby nawet był bardzo silny, nigdy nie sprowadzi zapalenia, przedziurawienia lub zgorzeli zdrowego zresztą wyrostka robaczkowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Balacescu. **Podwiązanie naczyń śledziony.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 35, 1901). Pierwszy Lucas zaproponował podwiązanie naczyń śledziony, a to w celu, by śledzionę doprowadzić do zaniku w tych przypadkach, gdzie jest wskazane jej wycięcie, lecz z powodu zrostów lub innych okoliczności wycięcie to jest niemożliwe. Wszystkie cztery przypadki, znane w piśmiennictwie, w których podwiązano naczynia śledziony, zakończyły się śmiercią: dwa wskutek zapalenia otrzewnej, jeden bezpośrednio po operacyi, a czwarty w 45 dni po zabiegu. W ostatnich czasach kilkakrotnie proponowano w przypadkach nowotworów złośliwych, gdzie nie można już myśleć o operacyi, podwiązanie naczyń, doprowadzających krew, jako środek zmniejszający rozrost. Zabieg ten okazał się bardzo dobrym środkiem łagodzącym w przypadkach raka macicy. B. robił szereg doświadczeń nad podwiązaniem naczyń śledziony. Z 58 psów, u których B. podwiązał wszystkie naczynia śledziony wraz z więzadłem żołądkowo-śledzionowem, zdechło 46 psów, a 12 pozostało przy życiu. U psów, które zdechły, nastąpiła martwica śledziony; u psów, które pozostały przy życiu, B. stwierdził zanik śledziony, w niektórych przypadkach tak znaczny, że nawet pod mikroskopem nie można było znaleźć pierwiastków śledziony. Doświadczenia B. zgadzają się z doświadczeniami Boineta.

Zwierzęta, u których B. podwiązał tylko główne naczynia śledziony, a więzadło żołądkowo-śledzionowe zostawił, pozostały przy życiu. Można było stwierdzić u tych zwierząt zanik śledziony, lecz mały i powolny. W jednym przypadku B. przyszył śledzionę do ściany brzusznej po poprzedniem okrwawieniu; gdy śledziona przyrosła, B. następowo podwiązał naczynia śledziony i więzadło żołądkowo-śledzionowe; zanik postępował wtedy szybciej, — można było stwierdzić rozwój tkanki łącznej. *Dr. Teofil Zalewski.*

Heinleth. **O nowotworach złośliwych na migdałkach.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1901, Nr. 35 i 36). Nowotwory złośliwe migdałków są wogóle rzeczą rzadką. Według statystyki Gurlta raki migdałków wynoszą 0,053% wszystkich raków spostrzeganych, a mięsaki 0,33%. Według mniejszej lecz nowszej statystyki Rapoca raki migdałków stanowią 0,25%, a mięsaki 2,1% wszystkich spostrzeganych przypadków tych nowotworów. Przebieg nowotworów migdałków jest bardzo złośliwy. Według obliczeń przeciętna długość trwania choroby wogóle w przypadkach złośliwych nowotworów wynosi dwa lata. Krönlein oblicza czas trwania choroby w przypadkach raków migdałków na 7 miesięcy, Housel 10 miesięcy dla raków, 7 dla mięsaków. Do specyalnie złośliwego przebiegu nowotworów złośliwych migdałków przyczynia się bez wątpienia utrudnienie w połykaniu w okresie późniejszym, co niekorzystnie wpływa na odżywienie. Pierwsze objawy nowotworów złośliwych migdałków

są często mało wybitne. Nieraz zwrócą uwagę chorego powiększone gruczoły na szyi; albo też chory przychodzi do lekarza z powodu bólów w uszach; nieraz, jako pierwszy objaw nowotworu występuje pewna trudność w połykaniu: mianowicie chory niemal przy każdem połknięciu dostaje skurczu mięśni gardła; pokarmy płynne przechodzą łatwiej. Tak raki, jak i mięsaki migdałków dają bardzo już wcześnie przerzuty w gruczołach szyjnych, często bardzo już wcześnie obrzękają gruczoły głębokie szyi. Śmiertelność przypadków operowanych wynosi 25%. Znane są przypadki, gdzie po siedmiu latach po operacyi nie było nawrotu. H. podaje przypadek mięsaka, w którym operował dwukrotnie w ciągu dwóch miesięcy: od chwili drugiej operacyi upłynęło dwa lata bez nawrotu.

Dr. Teofil Zalewski.

Passow. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia zwężeń kanału nosowo-łzowego.** *(Münch. med Wochs.,* Nr. 36, 1901). Autor wpadł na myśl w przypadkach nieuleczalnych zwykłą drogą zwężeń przewodu nosowo-łzowego rozszerzyć go sposobem krwawym od strony nosa. Po wyćwiczeniu się w tej operacyi na zwłokach P. wykonał ją cztery razy u trzech chorych w następujący sposób: po zakokainizowaniu wydalił zapomocą nożyczek Coopera przednią część muszli dolnej; gdy rana zagoiła się, wydalił w uśpieniu zapomocą dłuta z *crista turbinalis* górnej szczęki i z kości łzowej tyle, że odsłonił cały przewód nosowo-łzowy błoniasty; następnie przeciął cały przewód błoniasty wzdłuż i przeciągnął przez niego pasek gazy. We wszystkich trzech przypadkach (w jednym po obydwóch stronach) otrzymał wyleczenie. Operacya nie jest trudna. By się oryentować lepiej przy dłutowaniu, radzi włożyć do przewodu zgłębnik Bowmana. Można także całą operacyę, t. j. wydalenie przedniej części muszli i odsłonięcie przewodu nosowo-łzowego zrobić na jednem posiedzeniu w uśpieniu. U wytrzymalszych chorych możnaby względnie całą operacyę wykonać w znieczuleniu kokainowem. Operacyę można robić w ułożeniu głową na dół, lub w ułożeniu głowy na stronę chorą. Jeden przypadek, w ten sposób operowany, znajduje się w obserwacyi już rok. Pierwszy Killian zwrócił uwagę na możliwość otwarcia przewodu nosowo-łzowego od strony nosa. Killian operował w jednym przypadku zapomocą muszlotomu; przypadek ten jednak nie był obserwowany do końca leczenia. P. sądzi, że powinno się starać utrzymać przewód nosowo-łzowy błoniasty nieuszkodzonym. *Dr. Teofil Zalewski.*

Mensel. **Niespodzianki przy operacyi przepuklin.** (*Münch. med. Wochs.,* Nr. 36, 1901). M. opisuje dwa przypadki: jeden dotyczył mężczyzny 72-letniego, cierpiącego od dłuższego czasu na przepuklinę pachwinową, której w ostatnich czasach nie mógł sobie odprowadzić. Wystąpiły objawy uwięźnięcia. Jelita dały się odprowadzić przy operacyi przez otwór kanału pachwinowego, z wyjątkiem jednej pętli. Pętla ta była uciśnięta przez guz, wychodzący z krezki, który jelito zaciskał, lecz na niego nie przechodził. M. wyciął guz wraz z przylegającym odcinkiem jelita. Guz miał w przekroju $1^1/_2$ ctm. długości i okazał się rakiem. Chory wyzdrowiał. Drugi przypadek dotyczył 4-letniego chłopca, u którego w ostatnich czasach przepuklina pachwinowa nie dała się odprowadzić. Dziecko wyglądało nędznie. Przy operacyi znaleziono w worku przepuklinowym jelita zrośnięte między sobą w kłębek. Tak otrzewna jelit, jak i otrzewna ścienna, usiane były gruzełkami. Przy rozdzielaniu jelit stwierdzono w jednej pętli pęknięcie. Autor jelito pęknięte zeszył i szew przytwierdził do szwu skórnego. Utworzyła się przetoka kałowa. Dziecko poprawiło się znacznie; wtedy M., w celu usunięcia przetoki, otworzył powtórnie moszna i ku swemu zdziwieniu ani na jelitach, ani na otrzewnej ściennej gruzełków nie znalazł i to tak w mosznach, jak i w jamie brzusznej. M. resekował cały kłębek jelit wraz z zawartem w kłębku jądrem, które okazało się później serowato zwyrodniałem. Dziecko wyzdrowiało. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Dr. O. Busse. **O zatruciu kwasami przy cukrzycy.** (*Münchener med. Wochensch.* Nr. 36, 1901). Autor w pracy swej stara się uzasadnić zmianami anatomicznemi w narządach wewnętrznych rozpowszechnione w nauce zapatrywanie, iż przyczyną t. zw. śpiączki cukrzycowej (*coma diabeticum*), oraz śmierci w jej następstwie jest zatrucie ustroju nagromadzającymi się, skutkiem niedostatecznego utlenienia kwasami, przedewszystkiem zaś kwasem β-oksymasłowym. W trzech opisanych przez autora przypadkach cukrzycy, w których śmierć nastąpiła wśród objawów śpiączki, badanie pośmiertne wykazało w sercu, nerkach i w wątrobie wysokiego stopnia zwyrodnienia miąższowe, częściowo zaś i tłuszczowe, a więc — zmiany, występujące między innemi stale w zatruciu ustroju kwasami; ponieważ zaś badanie pośmiertne nie wykazało żadnej innej przyczyny powstania tych zmian, stawia je więc autor w bezpośredniej zależności od nagromadzenia się w ustroju kwasów, zwłaszcza kwasu β-oksymasłowego, którego znaczne nagromadzenia w krwi i w narządach wewnętrznych w przebiegu cukrzycy wykazali już dawniej Magnus-Levy, Kraus i inni. *Gliński.*

Dr. Friedrich Teweles. **O odurzaniu eterem i o sposobie jego użycia.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 37 1901). Autor opisuje sposób zastosowania odurzenia eterowego i jego wyniki na podstawie używania go w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. Za najstosowniejszą maskę uważa autor t. zw. amerykańską, składającą się z wydrążonego walca, w którym brzeg, przypadający na nos, jest wycięty i pokryty drenem gumowym, aby nie ugniatał i nie dopuszczał powietrza do środka maski. Górny brzeg zamknięty jest szczelnie przykrywką, przeszkadzającą szybkiemu ulatnianiu się eteru. W środku cylindra znajduje się krzyż z jedwabiu lub cienkiego drutu mosiężnego, służący do umieszczania gazy, zwiniętej w kłębek. Jako środka znieczulającego używa autor eteru siarkowego, do którego dodaje olejku sosnowego, mianowicie 2 krople na 10 ctm^3 eteru, dla złagodzenia pary eterowej, drażniącej bardzo błony śluzowe narządu oddechowego. Przed rozpoczęciem znieczulenia musi być wszystko gotowe do operacyi, ażeby operujący w jednej chwili mógł przystąpić do zabiegu. Następnie nalewa się, stosownie do wieku, od 10—30 ctm^3 eteru do środka maski na gazę, każe się choremu zamknąć oczy i spokojnie oddechać. Po kilku spokojnych oddechach zakłada autor maskę i, jak tylko chory zaczyna się dusić, odejmuje ją, pozwala choremu na kilka oddechów powietrzem i znowu zakłada. Przy takiem postępowaniu po 10—15 oddechach chory zasypia i następuje odurzenie. Teraz można przystąpić do operacyi. Na 157 odurzeń trzecia część chorych robiła przy pierwszem cięciu ruchy odpychające, które jednak po dodaniu jeszcze 10 ctm^3 eteru zupełnie znikały. Odurzenie takie utrzymywał autor stosownie do operacyi nieraz bardzo długo, zużywając najwyżej 110 ctm^3 na godzinę. Trzeba także bardzo uważać, ażeby nie wziąść stanu podniecenia za budzenie się, gdyż w pierwszym przypadku maskę trzeba zaraz odłożyć na przeciąg kilku oddechów. Chory, odurzony eterem, leży spokojnie z zamkniętemi oczami, od czasu do czasu otwiera tylko powieki, rozglądając się, nie rusza jednak głową. Niektórzy chorzy wykonują ruchy, ale nigdy tą częścią ciała, która jest operowana. Chorzy, zapytywani po zupełnem obudzeniu o odczuwanie podczas operacyi, odpowiadali, że nie czuli żadnego bólu i nie wiedzieli, co się koło nich dzieje. Po przebudzeniu, które następuje po 8—10 oddechach, chorzy czuli się zupełnie dobrze i na 157 dwóch zaledwie miało wymioty, dłuższy czas trwające. Zwolnienia i osłabienia tętna, które opisuje Bergmann przy znieczulaniu eterowem, autor nie spostrzegł nawet w wadach i otłuszczeniach serca; zapalenie płuc również nie wydarzyło się u żadnego chorego; tylko u niektórych spostrzegano zwiększone ślinienie. Źrenice na początku odurzania zwężały się, a odruchy rogówkowe i oddziaływanie źrenic na światło były zawsze utrzymane. Duszenia, ani innych przypadków nie było, Autor używał odurzenia bez względu na wiek i rodzaj operacyi i zawsze ze skutkiem pomyślnym. Podczas operacyi, trwających przeszło godzinę, chorzy przechodzili z odurzenia w znieczulenie eterowe bez przebycia stanu podniecenia, może wskutek zmęczenia, spowodowanego długotrwającem odurzeniem. Zebrawszy wszystko razem, autor wyciąga następujące wnioski: 1) Operacyę należy zaczynać prawie równocześnie z rozpoczęciem odurzania; stanu podniecenia nie bywa; 2) zużywa się bardzo mała ilość eteru; 3) przygotowanie chorego jest czysto psychiczne i całą jego uwagę należy zwrócić na odurzenie; 4) sposób użycia jest bardzo łatwy tak, że i w praktyce prywatnej można go stosować; 5) odurzenie eterowe nie zawodzi prawie nigdy, a w najgorszym razie można prowadzić dalej znieczulenie chloroformem, które jest o wiele łatwiejsze po odurzeniu, niż bez niego; 6) odurzenie eterowe jest zupełnie bezpieczne. Co do stron ujemnych wymienia: *a)* krzyk u niektórych chorych, pomimo że bólu żadnego nie odczuwają; *b)* występujący czasami ruch odpychający przy pierwszem cięciu; *c)* ujemny wynik odurzenia eterem u niektórych chorych bardzo rozdrażnionych, lub u pijaków. Pomimo tego autor jest za odurzeniem eterowem, zwłaszcza w operacyach, nie wymagających głębokiego snu, tembardziej, że wszystkie ujemne strony dadzą się ominąć przez umiejętne zastosowanie.

Dr. Sędzielowski.

Doc. Dr. Hermann Schoffer. **Przyczynek do operacyjnego leczenia podwójnego zwężenia żołądka.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 38, 1901). W zwykłych przypadkach żołądka klepsydrowatego, w których nie można ze względów technicznych wykonać gastroanastomozy Wölflera, gastroenterostomia daje wyniki zadawalniające. Jeżeli obok przewężenia klepsydrowatego istnieje także zwężenie w odźwierniku, wtedy gastroenterostomia jest niewystarczającą, jak widać z kazuistyki Cartego i Fantino, lecz należy oba worki, pośrednio lub bezpośrednio połączyć z jelitem. Odnośne do tego sposoby operacyjne i ich kombinacye omawiał Hacker teoretycznie, a do dwóch przypadków, operowanych w myśl wniosków Hackera, przybywa przypadek autora, w którym, z powodu klepsydrowatego przewężenia z równoczesnem zwężeniem w odźwierniku, wykonał gastroplastykę (gastroanastomoza okazała się

niemożebną z powodu zrostów), następnie gastroenterostomię przednią między częścią odźwiernikową a jelitem cienkiem, zaś poniżej założył anastomozę Brauna, między do- a odprowadzającą pętlą jelita. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, tylko pewne uczucie gniecenia występowało po złem zżuciu pokarmów, czego przyczyna tkwiła w tem, że zrobiono gastroplastykę, a ta niekiedy nie przywraca prawidłowej czynności żołądka. Zamiast gastroplastyki, uwarunkowanej rozległością zrostów przy podwójnych zwężeniach żołądka, możnaby myśleć o założeniu podwójnej gastroenterostomii. Wykonanie jej jednak bywa nieraz niemożliwe z powodu trudności technicznych, lub nieodpowiedniej ściany żołądka (n. p. ścieńczenie znaczne), a raczej wtedy będzie zaleconą, gdy dno obu worków da się wyciągnąć przed powłoki brzuszne. Stosując gastroanastomozę, względnie gastroplastykę z gastroenterostomią, należy starać się, by tę zakładać na części odźwiernikowej. O ile w dobrotliwych przypadkach do każdej gastroenterostomii dodaje się anastomozę Brauna, to winno się to czynić i przy dwukrotnych zwężeniach żołądka. *Dr. Ozga.*

Dr. Ernest Schiff. **Przyczynek do hematologii noworodków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 54., 13., IV, 1, 2, II., 1901). Ciężar gatunkowy krwi noworodków okazuje w pierwszych dziesięciu dniach życia wahania między 1,080 a 1,060, a mianowicie przeważa w pierwszych sześciu dniach 1,070—1,080, a od 6-go do 10-go dnia 1,060—1,070. Ciężar gatunkowy krwi noworodków zmniejsza się stopniowo od pierwszego do dziesiątego dnia życia. Stopień zmniejszania się wynosi z dnia na dzień przeciętnie 0·001. We dnie jest on wyższy, niż w nocy. Różnica ta w pierwszych trzech dniach życia jest najwyższą (przeciętna 0·003); od tego dnia się zmniejsza stopniowo, od 0·003—0·001.

Następujące okoliczności wpływają na ciężar gatunkowy krwi noworodków: 1) Stopień rozwoju noworodków: im lepszy rozwój, tem wyższy ciężar krwi; 2) czas odcięcia pępowiny, gdyż im później odcina się pępowinę, tem wyższy jest ciężar gatunkowy krwi. Płeć, jak również okoliczność, czy płód pochodzi od pierwiastki, czy wieloródki, nie ma wpływu na ciężar gat. krwi. Żółtaczka noworodków wpływa niekorzystnie na ciężar gatunkowy krwi, gdyż przeciętnie ciężar zmniejsza się o 0·003. Stałego stosunku między liczbą ciałek krwi, zawartością hemoglobiny, a ciężarem gatunkowym krwi dopatrzeć się nie można. Autor wyraża w końcu przypuszczenie, iż narodowość ma znaczny wpływ na skład krwi, a więc i na ciężar gatunkowy, liczbę ciałek krwi i zawartość hemoglobiny.
Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. E. Tschudy. **Sposób zapobiegania nagłemu zwężeniu tchawicy zapomocą intubacyi.** (*Archiv für klinische Chir.* T. 64, Z. 1, 1901). Autor opisuje przypadek wola, w którym wśród operacyi wystąpiła gwałtowna duszność. Zamiast wykonać tracheotomię, włożył przez usta do tchawicy zgłębnik żołądkowy i w ten sposób uratował chorą. Przypadek dotyczył pacyentki z wolem, sięgającym od szczęki dolnej do mostka. Badaniem można było rozróżnić trzy wielkie guzy płatowe: prawy, środkowy i lewy. Objętość szyi wynosiła 53 ctm., duszność była wielka. Do operacyi przystąpiono w uśpieniu chloroformowem. Po przecięciu skóry i odsunięciu mięśni wystąpił nagle guz prawy ku przodowi i w tej chwili chora zaczęła się dusić. Odprowadzenie guza na dawne miejsce nie pomagało. Ponieważ wól pokrywał całą krtań i tchawicę na grubość 7 ctm. i był silnie unaczyniony, wykonanie tracheotomii było niemożliwe z powodu obawy wielkiego krwotoku. Wtenczas wpadł autor na myśl wprowadzenia zwykłego zgłębnika żołądkowego półtwardego przez usta do tchawicy aż do jej rozdwojenia się. Chora zaraz zaczęła dobrze oddychać, a sinica ustąpiła. Zgłębnik pozostawiono do końca operacyi, która trwała jeszcze dwie godziny. Po wyjęciu całego wola przekonano się, iż powodem duszenia było zupełne rozmiękczenie tchawicy i załamanie się jej wskutek wyskoczenia guza prawego ku przodowi. Po skończeniu operacyi zgłębnik wyjęto, a chora nie miała już potem znaczniejszej duszności. Przez następnych osiem dni głos chorej był cichy i miała lekkie zapalenie krtani. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a badanie krtani i strun głosowych wziernikiem przed wyjściem chorej ze szpitala nie wykazało żadnych zmian. Autor podaje ten sposób, gdyż dotychczas jeszcze nigdy nie był próbowany, a w razie nagłej potrzeby może być użyty zamiast tracheotomii. Za najstosowniejsze uważa autor zgłębniki kauczukowe półtwarde, o średnicy światła 6—7 mm. *Dr. J. Sędzielowski.*

Prof. Dr. Spaengel. **Przyczynek do wczesnego operowania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Archiv für klinische Chirurgie* T. 64, Z. 1, 1901). Autor zastanawia się nad wyborem czasu operowania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i jest tego zdania, że im prędzej przystępuje się do operacyi, tem wyniki są lepsze, a ogólnym błędem lekarzy chorób wewnętrznych jest przeciąganie choroby leczeniem wyczekującem, przez stosowanie okładów i makowca, wskutek czego chory z większemi już zmianami, a w gorszych warunkach, dostaje się w ręce chirurga. Jako najlepszą porę do zabiegu operacyjnego oznacza S. czas do 48 godzin po pierwszym napadzie. Na dowód swego twierdzenia przytacza on statystykę własnych operacyj. Od grudnia 1900 roku miał on 8 przypadków ostrego, a 7 przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego: cztery były operowane przed upływem 48 godzin po pierwszym napadzie z wynikiem dobrym, reszta była operowana nieco później, z tych jeden zakończył się śmiercią z powodu zapalenia otrzewnej. Następnie zestawia S. statystykę leczenia porównawczą ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego sposobem wyczekującym z statystyką leczenia operacyjnego w Niemczech, z której wynika, że śmiertelność w pierwszym przypadku wynosi 12%, a w drugim 20%. Lekarze francuscy i amerykańscy, którzy są zwolennikami jak najwcześniejszego operowania, mają zaledwie cztery do pięciu % śmiertelności po operowaniu przed upływem 48 godzin; w porównaniu więc do 12% śmiertelności przy leczeniu wyczekującem, wybór leczenia powinien się przechylić na stronę operacyjną. Dlatego autor wzywa tych, którzy są jego zdania, ażeby starali się zbierać jak najliczniejszą statystykę operacyj dokonywanych przed upływem 48 godzin po pierwszym napadzie, i tym sposobem dowiedli, że operacya wczesna daje o wiele lepsze wyniki, niż leczenie wyczekujące, gdyż zapalenie wyrostka robaczkowego jest jego ropówką, a więc chorobą chirurgiczną i jedynym pewnym środkiem leczenia jest operacya jak najwcześniejsza. W końcu podaje autor sposób, w jaki operuje. Jeżeli może wybadać dokładnie miejsce ropnia, robi tam cięcie i stara się wydobyć wyrostek robaczkowy; jeżeli nie może, to prowadzi cięcie po zewnętrznej stronie mięśnia prostego, dostaje się do jamy brzusznej, odsuwa części zdrowe, i w ten sposób dostaje się do wyrostka, wycina go i zakłada worek Mikulicza. Następnie zaszywa częściowo ranę. Po tego rodzaju operacyach autor nie spostrzegał nigdy przepukliny następowej. *Dr. J. Sędzielowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wolff. **Leczenie tryonalem.** (*Centrbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* 21. V. 1901). W 3 przypadkach ostrej psychozy osiągnął W. podawaniem tryonalu zdumiewający skutek. Sen trwał około 12 dni. Pierwszego wieczoru podano 2·00, nazajutrz rano i wieczór znowu po 2·00, a potem w dniach następnych codziennie rano i wieczorem po 1·00, albo mniej tak, że chory przez cały ten czas znajdował się w stanie mrzenia. Przebudzenie następowało powoli w ciągu 1—2 dni; chorzy byli spokojni tak, że w krótkim czasie opuszczali zakład uleczeni. Wszystkie te przypadki były ostre i świeże. W ostrem lub dłużej trwającem obłąkaniu lek ten był bezskuteczny. W opisanych przypadkach W. przypisuje tryonalowi skrócenie przebiegu choroby. *Dr. Flis.*

Dr. C. G. Pfeiffenberger. **Dalsze spostrzeżenia nad epikaryną.** (*Klinisch. therap. Wochenschrift* Nr. 29. 1901). Dawniejsze pomyślne doświadczenia nad działaniem epikaryny w świerzbie i świerzbiączce popiera P. nowymi 24 przypadkami świerzbu i 6 świerzbiączki. W większej części przypadków nie było żadnych zaburzeń skórnych; w kilku tylko przy bardzo wielkiej wrażliwości skóry, wystąpił lekki wyprysk. Równocześnie spróbował P. epikaryny w łuszczycy (3 przyp.) i liszaju wyłysiającym (około 20 przypadków). Rozczyn szybko wysycha, z tego więc względu może być stosowany także i na twarzy, pozostaje bowiem po zapędzlowaniu tylko lekkie zaróżowienie skóry. Lek ten po wyschnięciu jest bezwonny. Nadaje się więc do leczenia ambulatoryjnego. Ilość pędzlowań zależy od rozległości sprawy chorobowej. W lżejszych przypadkach wystarcza 4—6. Przed pędzlowaniem należy miejsca chore kilka razy wymyć. P. poleca zatem epikarynę w świerzbie, świerzbiączce, liszaju wyłysiającym, natomiast w łuszczycy wynik leczenia jest ujemny. P. posługuje się następującym przepisem: Rp. *Epicarini 5·00, Alcoh. absol. 50·00 DS. Pędzlowanie.* Również Kaposi (*Heilkunde* Nr. 6. 1901) poleca epikarynę w świerzbie w postaci maści 10—20% zamiast naftolu: Rp. *Epicarini 10·0—20·0, Ung. simpl. 100·00, DS. Maść.* *Dr. Flis.*

Prof. Ssaweljew. **Aspiryna w wypocinowem zapaleniu opłucnej.** (*Allg. med. Centr. Zeit.* 54. 1901). Aspiryna ma tę wyższość nad kwasem salicylowym i salicylanem sodowym, że w większej części przypadków nie wpływa szkodliwie na przewód pokarmowy. Według wszelkiego prawdopodobieństwa przechodzi przez żołądek w stanie niezmienionym i dopiero w alkalicznej treści jelit rozszczepia się powolnie na swe składniki. Tem tłómaczyć można brak objawów ubocznego działania. Aspiryny używa autor od chwili pojawienia się jej w handlu, zawsze z bardzo dobrym skutkiem leczniczym. Twierdzenia swoje popiera jednym, szczegółowo opisanym przypadkiem zapalenia opłucnej. W powszech. szpi-

talu monachijskim, w oddziale Prof. Ziemssena, polecają aspirynę również w miejsce salicylanu sodowego w grypie i podnoszą jej skuteczność przy braku objawów ubocznych.

Dr. Flis.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 12 maja 1901.

Przewodniczący kol. prof Kostanecki.

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Kol. prof. Kader przedstawił 1) chorego mężczyznę po wycięciu raka krtani. Wycięto krtań i tchawicę aż po dołek nadmostkowy (jugulum), przez co głos chorego jest w wysokim stopniu upośledzony. Czy wystąpi nawrót choroby, przyszłość pokaże.

2) Chorego mężczyznę, przesłanego do kliniki chirurgiczej z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza, z powodu objawów zwężenia odźwiernika. Podczas operacyi pokazało się, że odźwiernik zrośnięty był z wątrobą i trzustką, nadto stwierdzono głębokie owrzodzenie, którego dno wypełniała otrzewna. Wykonano gastroenterostomię, operowany jest obecnie wyzdrowieńcem.

3) Chorą kobietę, przysłaną do kliniki chirurgicznej z kliniki chorób wewnętrznych z powodu guza w okolicy odźwiernika. Wykonano wycięcie odźwiernika, a wynik operacyjny jest bardzo dobry. Drobnowid wykazał utkanie rakowe *(Carcinoma infiltrans)*. Prelegent przedstawił do 1-go i 3-go przypadku odnośne preparaty.

W dyskusyi kol. Ciechanowski zwrócił uwagę, że w przypadku trzecim już gołem okiem można rozpoznać przyrodę nowotworu i podniósł, że w tych przypadkach warstwa mięsna odźwiernika jest silnie przerosłą, kol. Latkowski omówił objawy kliniczne tegoż przypadku 3-go. Badanie treści żołądkowej wykazało obecność kwasu solnego i mlekowego, a trawienie nie było upośledzone; brak wspomnianych kwasów znachodzi się tam, gdzie już występuje ehera (kacheksya).

III. Kol. Gliński przedstawił: 1) okaz, demonstrujący wędrówkę kamieni żółciowych. U 70-letniej kobiety, zmarłej z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu kamicy żółciowej, badanie pośmiertne wykazało tkwiący w samem ujściu przewodu żółciowego wspólnego do dwunastnicy, kamień żółciowy wielkości orzecha laskowego, widoczny już od strony dwunastnicy. W tymże przypadku istniało zwyrodnienie włókniste szczytu woreczka żółciowego, zrośnięcie woreczka z dwunastnicą, oraz i okrężnicą, w ścianach zaś dwunastnicy i okrężnicy, w miejscach zrostu z woreczkiem żółciowym, znajdowało się po jednem zagłębieniu, które przy bliższem badaniu okazało się ujściem przetoki, biegnącej poprzez zrosty do szczytu woreczka żółciowego. Zdaniem prelegenta przetoki te są pozostałością po wędrówce kamieni żółciowych z woreczka do jelit. Tak więc w danym przypadku kamienie żółciowe trojaką drogą dostawały się do jelit: drogą naturalną przez przewody żółciowe; drogą przetoki dwunastniczo-woreczkowej i wreszcie drogą przetoki okrężniczo-woreczkowej. Główne przewody żółciowe były dość znacznie rozszerzone i w przewodzie wspólnym znajdowało się jeszcze kilka kamyków żółciowych. W obrębie wątroby widoczne było rozszerzenie tylko grubszych przewodów żółciowych, podczas gdy przewody drobniejsze rozszerzenia tego nie okazywały. Wreszcie zwraca prelegent uwagę na dość liczne, rozrzucone w wątrobie, żółcią podbarwione ogniska martwicze (nekrotyczne), odgrywające ważną rolę przy powstawaniu marskości wątroby po zamknięciu światła przewodu żółciowego wspólnego.

2) W dalszym ciągu przedstawił kolega Gliński narządy wewnętrzne, pochodzące z jednorocznego dziecka, zmarłego na białaczkę;— przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na usadowienie nacieków białaczkowych w niezwykłych miejscach. Jednocześnie przedstawił kol. G. preparaty drobnowidowe tych nacieków (przypadek w całości zostanie ogłoszony drukiem).

IV. Wreszcie kolega doc. Raczyński miał wykład: »O kwaśnym mieżycie jelit u oseskówa«. (przeznaczone do druku).

W dyskusyi zabierali głos koledzy Landau, Seńkowski i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19 czerwca 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytał pismo Towarzystwa uniwersytetu ludowego imienia Mickiewicza w Krakowie, podpisane przez prezesa kol. prof. Bujwida, zwracające się do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego o pomoc w ułożeniu programu. oraz dostarczenie prelegentów do wykładów popularnych, mających się odbyć w jesieni b. r i zawiadamia, że Komitet Towarzystwa na posiedzeniu w dniu 15 czerwca b. r. uchwalił pismo to odczytać na posiedzeniu Towarzystwa i zachęcić członków do wzięcia udziału w tych odczytach. Uchwalono.

III. Kol. prof. Kader przedstawił następujące przypadki pooperacyjne:

a) Chorą, u której z powodu wrzodu żołądka, zrośniętego z wątrobą, a nadto z powodu nacieku rakowego, usadowionego blizko wpustu i silnie krwawiącego, wykonano gastroenterostomię metodą Wölflera, jejunostomię pomysłu prelegenta. Krwawiące miejsce podczas operacyi przypalono, a ścianę żołądka zeszyto ze ścianą wątroby. Chorą żywiono za pośrednictwem rurki, wpuszczanej w jelito; obecnie ma się ona dobrze.

b) Preparat z chorego mężczyzny po operacyi raka rzyci, u którego pole operacyjne znieczulono metodą Corninga — Biera.

c) Chorą, liczącą lat 65, u której wykonano operacyę na wardze dolnej z powodu raka, z plastyką dorpacką. Prelegent wyłuszcza zawsze w tych przypadkach i gruczoły, położone pomiędzy tętnicami dogłowowemi.

W dyskusyi zabierali głos: o przypadku *b)*: kol. Kryński i prelegent; o przypadku *a)*: kolega Surzycki i prelegent.

IV. Kol. St. Dobrowolski miał wykład: »O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu ropni wychodzących z części rodnych kobiecych, na podstawie przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Jordana (przeznaczone do druku).

V. Kol Stankiewicz demonstrował włókniaki macicy, operowane w ostatnim roku szkolnym w klinice prof. Jordana (przeznaczone do druku).

VI. Kol. B. Wojciechowski omówił przypadek krwotoku macicznego (przeznaczone do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

36. Dr. R. Jedlička odczytuje wykład prof. Maydla (Praga): **O nowotworach żołądka.**

37. Prof. V. Janovský (Praga): **Dalsze badania nad endoskopią cewki moczowej.**

38. Docent O. Frankenberger (Praga): **Górne drogi oddechowe u młodzieży szkolnej.** W ciągu trzech lat (1897—1899) badał autor górne odcinki dróg oddechowych u 2400 chłopców i 2377 dziewcząt. W jamie nosowej znalazł nieprawidłowości (zboczenie przegrody, *crista* i *spina septi*) wprawdzie też i przed drugiem ząbkowaniem, lecz przecież daleko rzadziej, aniżeli później W 28 przypadkach napotkał rażąco małe muszle dolne, a z tych w 15 przypadkach wydzielinę wysychającą, w 1 przypadku nawet cuchnącą. Zdaniem jego przemawia to za zapatrywaniem Zaufala, według którego pierwszym warunkiem nieżytu cuchnącego (*ozaena*) jest niedostateczny rozwój muszli dolnych.

W jamie ustnej spostrzegał w 34·49% przerost migdałków, w 1·1% podniebienie wysklepione, w 32·95% przerost migdałków dodatkowych, w wysokim stopniu tylko 4%. Przytem nie zauważył żadnego wpływu stosunków higienicznych lub socyalnych na przerost migdałków dodatkowych; również co do stosunku pomiędzy przerostem migdałka tego a rozwojem zdolności umysłowych nie stwierdził żadnego ścisłego związku.

39. Dr. B. Honzák (Praga): **O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.** W pierwszem dziesięcioleciu kliniki prof. Maydla (od roku 1891) leczono tam 191 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, z których operowano 144. Z tej ostatniej grupy umarło 31 (21·5%). W stanie ostrym lub podostrym operowano 104 chorych (umarło 30), w okresie wolnym od napadów zaś 28 chorych (umarł 1). Chorzy zgłaszali się przeważnie zapóźno tak, że 9 razy ropa przebiła skórę prawego podbrzusza, 5 razy wypukłała okolicę lędźwiową, raz rozszerzyła się na udo, raz na worek mosznowy itd. Kilka razy popełniono pomyłki rozpoznawcze (rozp. przepukliny uwięzniętej itd.). Pod względem etyologicznym zapisać należy, że trzy razy znaleziono promienicę, jako przyczynę. Autor przemawia przeciw szablonowemu zastosowaniu zabiegu chirurgicznego w każdym przypadku. W większej części przypadków bowiem okres ostry ustępuje, a z drugiej strony niebezpieczeństwo zakażenia jamy otrzewnowej przy operacyi jest w tym właśnie okresie największe. Operacya zaś w czasie ukojenia objawów zapalnych jest łżejsza i nie staje się tak często źródłem przetok i przepuklin pooperacyjnych, jak operacya, dokonana podczas napadu. Przy ogólnem zapaleniu otrzewnej niema wprawdzie prawie nadziei na wyleczenie operacyjne, lecz pomimo tego wykonuje się zabieg ten zawsze. Wyrostek robaczkowy wycinają w klinice prof. Maydla tylko wtedy, jeżeli można go łatwo znaleźć (18 razy z pomiędzy 85 przypadków). Wyszukiwanie go za każdą cenę uważa autor za szkodliwe.

40. Docent K. Švehla (Praga): **Rozpadliny rzyci.** Prelegent spostrzegał 4 przypadki rozpadlin rzyci u dzieci, u których objawy tak dalece zgadzały się z obrazem zapalenia stawu biodrowego, że nawet w jednym przypadku założył chirurg opatrunek ustalający. Żadne z tych dzieci nie skarżyło się na ból przy oddawaniu stolca i u żadnego nie spostrzegano krwawienia. Autor tłomaczy cechujące ułożenie kończyny jako instynktowne w celu jak największego oddalenia od siebie pośladków. Ból, który dziecko odczuwało przy uderzeniu w piętę, powstaje przez przeniesienie się ruchu aż na pośladki. Po znieczuleniu otworu stolcowego kokainą ból ten przy uderzeniu w piętę nie występował.

41. Dr. B. Niederle (Praga): **O wynikach leczenia raka odbytnicy.** Prelegent omawia 188 przypadków raka odbytnicy, z których $^2/_3$ operowano (klin. prof. Maydla). Pomiędzy 61 przyp. leczenia doszczętnego 13 razy operowano od strony międzykrocza, w reszcie zaś przyp. drogą kości krzyżowej. Po operacyi umarło 15%, reszta zaś żyła przeciętnie przez 12 miesięcy: u jednego z chorych upłynęło od operacyi obecnie już $3^1/_2$ lat. Stosunkowo gorsze od innych wyniki dawał sposób Kraskego. Kolotomij zapobiegawczych dokonano 75, przyczem śmiertelność wynosiła 4%, przeciętnie zaś żył chory 10—11 miesięcy (najwięcej $3^1/_4$ roku) po operacyi. Ostatecznie dochodzi autor do wniosku, że przy operacyi doszczętnej powinno się stosować sposoby pojedyncze, a w przypadkach, które leżą na samych kresach leczenia doszczętnego, lepiej zadowolnić się operacyą zapobiegawczą — kolotomią.

42. Dr. J. Jerie (Praga): **Znaczenie ułożenia Walchera.** Walcher podaje, że dzięki jego sposobowi ułożenia można wydłużyć wymiar prosty wchodu miednicy o 1 ctm.; według innych badaczy wydłużenie to nie przekracza 2—3 mm. Ponieważ jednak tak małe powiększenie nie może nam wytłómaczyć korzystnego wpływu ułożenia Walchera, sądzi autor, że wpływ ten polega na zwiększonem napięciu mięśni prostych. W ułożeniu tem oddala się bowiem klatka piersiowa od przedniego brzegu miednicy, przez co mięśnie się naciągają. Ułożenie Walchera można zastosować w przypadkach poprzedzającej główki wśród miernego niestosunku porodowego. Warunki jednak są następujące: 1. główka leży centralnie lub weszła już odcinkiem małym do miednicy małej; 2. pęcherz pękł; 3. ujście dostatecznie otwarte; 4. kurcze macicy energiczne: wreszcie 5. nie powinno być poważnych objawów ze strony rodzącej. Ułożenie Walchera może trwać nie dłużej, niż $^1/_2$—$^3/_4$ godzin.

43. Dr. A. Ostrčil (Praga): **O dolnym odcinku macicy.** W czasie ciąży odcinek dolny macicy nie istnieje wogóle (wbrew zapatrywaniu Küstnera i Schrödera). Swiatło macicy przedstawia w tym czasie jeden przestwór. Sciana macicy w kierunku ku dołowi staje się tylko powoli cieńszą. Pod koniec ciąży szyja macicy rozszerza się czasami. Podczas porodu szyja rozszerza się i wyciąga do góry. Dolny odcinek w czasie porodu nie jest czem innem, jak tylko wyciągniętą i rozszerzoną szyją.

Przekonania tego nabrał autor w klinice, w sali sekcyjnej i zapomocą mikroskopu.

44. Dr. F. Šamberger (Praga): **Przyczynek do nauki o niedokrewności kiłowej.** Na podstawie preparatów z krwi, przyrządzonych własnym sposobem, przekonał się autor, że kiła zmniejsza wytrzymałość ciałek czerwonych wobec różnych czynników, szczególnie wobec rtęci. Jednakże przez dalsze stosowanie chorym rtęci odzyskują ciałka czerwone odporność swoją na nowo. Dobrym wskaźnikiem zmian tych we krwi jest pojawienie się urobiliny w moczu. Ilość jej powiększa się bowiem w miarę rozpadu ciałek czerwonych i odwrotnie. W jednym przypadku już w przeciągu $^1/_2$ godziny po wcieraniu rtęci pokazała się urobilina w moczu, co autor przyjmuje za dowód, że tak szybkie wessanie rtęci mogło nastąpić tylko na drodze oddechowej.

45. Dr. Stan. Hejda (Praga): **Wyniki leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej.** Z badań ostatnich lat wynika, że kamica żółciowa jest chorobą miejscową, wywołaną przez drobnoustroje. Z 44 przypadków, operowanych na klinice prof. Maydla, badano bakteryologicznie 27. W liczbie tej 18 razy znaleziono *b. coli*, dwa razy *b. coli* i łańcuszkowce, trzy razy *b. coli* i gronkowca, 6 razy płyn był jałowy. Za jeden z głównych objawów uważają ogólnie żółtaczkę, lecz są przypadki, — nawet zakażenia przewodu żółciowego, przebiegające bez niej. Z zabiegów leczniczych w przyp. przewlekłej kamicy autor przemawia stanowczo za operacyą i to przedewszystkiem za cholecystostomią, gdyż ona dawała najlepsze wyniki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Od Administracyi.

Nowe zarządzenie władzy rosyjskiej nakłada cło na druki polskie, wykonane za granicą a przeznaczone dla odbiorców w państwie rosyjskiem. Prawo to rozciągnięto i na czasopisma, które obecnie dostawać się mogą w granice Rosyi tylko jako towar podlegający ocleniu. Zarządzenie to zaskoczyło Administracyę naszego czasopisma nie uprzedzoną i nie przygotowaną, co spowodowało, że N. N. 40 i 41 „Przeglądu lekarskiego“ abonenci nasi w granicach Rosyi otrzymali z większem lub mniejszem opóźnieniem. Obecnie ekspedycya „Przeglądu lekarskiego“ została już zastosowaną do wymagań wyżej wspomnianych zarządzeń i regularna rozsyłka czasopisma jest zapewniona.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 24 października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo przyrodnicze im. Kopernika odbyły dnia wczorajszego posiedzenie uroczyste ku uczczeniu naukowej działalności zmarłego w Petersburgu prof. Marcelego Nenckiego.

Po wstępnem przemówieniu prezesa prof. Kostaneckiego i naszkicowaniu życiorysu przez prof. Cybulskiego, przemawiali: prof. Bujwid, docenci: Seńkowski, Wróblewski i Marchlewski oświetlając z różnych stanowisk naukowych wiekopomne prace znakomitego biologa.

* W pogrzebie ś. p. prof. Marcelego Nenckiego wzięli udział: prof. K. Kostanecki z Krakowa i prof. W. Sieradzki ze Lwowa, jako delegaci instytucyj naukowych i lekarskich tych miast

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem przewodniczący, kol. prof. Kostanecki, poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu w czasie wakacyi członkowi Towarzystwa Drowi Janowi Buszkowi, oraz w wymownych słowach uwydatnił wielką stratę, jaką poniosła nauka przez śmierć prof. Marcelego Nenckiego, członka honorowego Towarzystwa. W dalszym ciągu zapowiedział przewodniczący, że posiedzenia do końca roku, z powodu mnogości zapowiedzianych odczytów, odbywać się będą co tydzień. Poczem nastąpiła zapowiedziana demonstracya rzadkich preparatów anatomicznych przez kol. Dra Glińskiego i odczyt kol. Dra Droby: »Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie pleśni«. W dyskusyi nad tym zajmującym wykładem zabierali głos koledzy: docent Kryński, prof. Nowak, Dr. Lewkowicz, Dr. Hirsch i Dr. Bier.

* Wydział krajowy mianował Dra Zenobiusza Lewickiego dyrektorem szpitala w Kolomyi.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego

Uniw. Jag., dopuszczając do wykładów Dra Adama Bochenka (anatomia) i Dra Franciszka Krzyształowicza (dermatologia i choroby weneryczne).

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw Jag. otrzymał Edward Witalis Goldwasser.

* Nr. 151. »Odczytów klinicznych« zawiera monografię Dra Wład Janowskiego: »Fizyologia i patologia ogólna wymiotów«.

* W projekcie prawa przemysłowego znajduje się paragraf o kasach chorych majstrów, który nadaje im prawo ubezpieczania się tylko na przypadek choroby i na koszta pogrzebu: a wyłącza ubezpieczanie się na bezpłatną pomoc lekarską; przypuszczać należy, że to ostatnie zastrzeżenie jest następstwem starań Izb i stowarzyszeń lekarskich

* Wykłady z pedyatryi w uniw. wiedeńskim objął zastępczo po zmarłym Wiederhoferze prof. A. Monti.

* Redakcya »Wiener klin. Rundschau« wydała ku uczczeniu 60-tej rocznicy urodzin prof. Nothnagla Nr. (41) jubileuszowy o 60-ciu stronach druku, zawierający 26 prac oryginalnych i ozdobiony podobizną jubilata.

* Podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu zawiązało się »Towarzystwo dla historyi medycyny i nauk naturalnych», którego przewodniczącym wybrano Dra Südhoffa Roczna wkładka wynosi 10 Mk., lub też jednorazowo 150 Mk. Prezydyum wzywa do wpisywania się wszystkich, którzy się interesują dziejami nauk lekarskich i przyrodniczych, bez względu na narodowość Należeć do tego Towarzystwa również mogą instytucye i stowarzyszenia. Towarzystwo będzie miało swój organ, którego pierwszy zeszyt ukaże się na początku roku 1902. Wpisy i wkładki przyjmuje na Austryę docent Max Neuburger *(Wiedeń VI, Kollergern-Gasse, 3).*

* Od dnia 23 b. m. odbywa się w Sofii pierwszy Zjazd lekarzy bułgarskich Jeśli wbrew uchwałom, powziętym w Paryżu i w Pradze, lekarze bułgarscy nie zaprosili na ten Zjazd innych słowian, to jest to prostem następstwem braku miejscowych warunków do wypełnienia zadań lekarskiego Zjazdu. Bułgarya przebywa okres organizowania się i nie można się dziwić, że w ciągu 25-ciu lat swej niepodległości nie wytworzyła jeszcze tych instytucyj naukowych, klinicznych i szpitalnych, bez których nie można sobie wyobrazić powodzenia Zjazdu lekarskiego.

* W całem państwie rosyjskiem praktykuje 20 092 lekarzy, 19.450 mężczyzn i 642 kobiet. Jeden lekarz przypada na 6500 mieszkańców.

Mianowania i odznaczenia. Stanowisko kierownika nowoutworzonej profesury medycyny sądowej w Wrocławiu otrzymał prof. nadzw. Dr. Lesser.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. Majewski: O zachowaniu się błękitu metylowego w ustroju. Grudziński i Konwerski: Światło jako środek leczniczy (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 10. Biegański O zadaniach towarzystw lekarskich prowincyonalnych. Serkowski: O kryoskopii. Handelsman: Przypadek tężca, leczonego surowicą swoistą z zejściem pomyślnem.

— *Medycyna* Nr. 42. Czaplicki: O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit. Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (c. d.)

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim (c. d.). Zieliński: O protetycznem leczeniu braków podniebienia (c. d). Zboril: III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. Sekcya stomatologiczna (dok).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 42. Vitek: Paramyoclonus multiplex. Pešina: O výsledcích serotherapie při diftherii v Čechách. (c d.)

— *La Presse médicale* Nr. 83. Labbé: Porażenie nerwu sprychowego skutkiem jego naciągnięcia. Sicard: Albumosurya i odczynniki: Bence Jonesa i Jacquemeta. — Nr. 84 Brun: Odprowadzenie bezkrwawe wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym. Wskazania i rękoczyn operacyjny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Paltauf: Patologia komórkowa i odporność Kraus i Clairmont: O bakteryohemolizynie i antyhemolizynie. Eisenberg: O izoglutyninie i izolizynie w ludzkiej surowicy Schläfrig O sarcynie chorobotwórczej. Kreissl: Przyczynek do kazuistyki wąglika płuc. Schwarz: Cytogeneza komórek szpiku kostnego. Paltauf: O przemieszczeniu serca na stronę prawą klatki piersiowej z jednoczesnym jego obrotem na prawo *(dextroversio).* Paltauf: O bruzdach poprzecznych w rdzeniu pacierzowym przy porencefalii. Tannenhain: Przyczynek do wiedzy o rzekomych kępkach żółtych elastycznych *(Pseudoxanthoma elasticum).* Sternberg: Przypadek uwięźniętej przepukliny bocznej w ścianie brzusznej. Sternberg: Wieloraki mięsak jelita cienkiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 42. Loeffler: Nowa metoda leczenia raka. Becker: Przyczynek do nauki o chłoniakach. Schwarzkopf: Nagminne zapalenie gruczołu przyusznego, z niezwykle ciężkimi objawami. Martin: Rozcięcie spojenia łonowego i cięcie cesarskie. Ziemke: Dalsze przyczynki do rozróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej za pomocą surowicy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 42 Zibell: Dlaczego żelatyna działa tamująco na krew? Labhardt Przyczynek do kazuistyki i leczenia przetoki żołądkowo okrężnicowej. Zahn: Przyczynek do nauki o dziecięcych rzekomych porażeniach opuszkowych i wrodzonych ogólnych zaburzeniach ruchowych. Gidionsen: Godny uwagi przypadek gruźlicy tchawiczej z jednoczesnem wytworzeniem się tamże żylaków, zakończony śmiercią. Schanz: Leczenie wrodzonej szyi skośnej przecięciem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego i wyprostnym opatrunkiem watowym Riecke: Przyrząd do wyjaławiania płynów, służących do miejscowego znieczulenia. Hölscher: Dwa przypadki ciała obcego w jamie bębenkowej. Woyer: Przyczynek do stosowania przetworów srebra Credégo w ginekologii i położnictwie. Kaufmann: O wartości metodycznych wdychiwań głębokich, szczególnie w chorobie morskiej. Eichel: O podskórnem urazowem krwawieniu w jamie brzusznej (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42 Noorden: Wroczyn jadowity *(Physostigmin)* lek przeciw zwątleniu jelit. Ewald: O ostrawem osłabieniu serca w przebiegu wad sercowych. oraz uwagi nad leczeniem chorób sercowych. Aufrecht: Gruźlica płuc i miejsca kuracyjne. Schanz: O Westphal-Piltzowskim objawie źrenicznym.

Redakcya otrzymała. Ortyński: Beitrag zur Casuistik der Impfblattern (vaccina generalisata). Lewkowicz: 1) O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego. 2) O enterokoku. jako zarazku czerwonkowym. 3) Recherches sur la flore microbienne de la bouche des nourrissons 4) Biologie der Malariaparasiten. 5) Le Cytodiagnostic. Schaeffer: Experimentelle und kritische Beiträge zur Händedesinfectionsfrage.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 30 października, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy,* posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: kol. prof. Nowak *„O bacilus abortivus“;* kol. Dr. Surzycki: „Kilka uwag z doświadczeń nad stosowaniem środków nasercowych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.